

Année 1904

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 Juillet 1904, à 1 heure

Contribution à l'Étude

de la

GROSSESSE GÉMELLAIRE

intra et extra-utérine

PAR

LUCIEN-JULES-FÉLIX DUPOUY

Né à Concarneau (Finistère), le 23 février 1877

Président : M. TILLAUX, *professeur* ;

Juges : MM. TUFFIER

LEJARS

LEGUEU

} *agrégés.*

NANTES

IMPRIMERIE A. DUGAS & C^{ie}

5, QUAI CASSARD, 5

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TERRIER.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	M. RIEFFEL, chef
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	des Travaux anatomiques.
BEZANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIERY.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	R MY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE — A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOTEL-DIEU

DE NANTES

A MES MAÎTRES

DE L'HOPITAL DE SAINT-NAZAIRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion, au cours de nos études médicales, d'assister à l'ablation, par laparotomie, d'un kyste fœtal ectopique, opération qui fut suivie, quarante-huit heures après, de l'expulsion d'un fœtus intra-utérin paraissant âgé de deux mois et demi. Les deux fœtus étaient du même âge.

La rareté d'un tel fait, le premier dont nous avons connaissance, jointe à la surprise qu'il nous causa, frappèrent vivement notre esprit; les quelques recherches bibliographiques auxquelles nous nous livrâmes immédiatement à cette occasion, nous montrèrent que fort peu de chose, en somme, avait été dit et écrit, en France, sur ce sujet. L'idée nous vint donc d'essayer de grouper les quelques documents existants, et, par une étude forcément incomplète de la question, d'attirer l'attention sur ce chapitre si intéressant de la gynécologie.

Depuis, la thèse de Paccalin (1), de Lyon, et le travail de Bichat (2), de Nancy, ont éclairé la question au point de vue clinique. Nous pensons, toutefois, que tout n'a pas été dit sur un pareil sujet ; et reprenant l'objet de cette étude à ses origines, en y ajoutant notre observation et une quinzaine d'autres récentes, parues en ces quatre dernières années, nous tâcherons de compléter le travail de nos devanciers en y ajoutant quelques considérations, au point de vue de la pathogénie, de la symptomatologie et du traitement principalement.

Nous n'avons pas l'intention de comprendre dans notre étude les cas où une grossesse normale est survenue chez une femme ayant eu, autrefois, une grossesse ectopique. Ce point a été longuement et savamment traité par Funk-Brentano (3), et Schulh (4). Nous considérerons seulement les cas de gemellité absolue, c'est-à-dire ceux dans lesquels deux fœtus évoluent simultanément chez une même femme, que ces fœtus soient de même âge,

(1) PACCALIN. Contribution à l'étude de la grossesse à la fois utérine et extra-utérine. Th. de Lyon, 1903.

(2) BICHAT. De la grossesse gemellaire intra et extra-utérine combinée. *Rev. de gynec. et de chir. abdom.* Paris, 1903, n° 3.

(3) FUNK-BRENTANO. Des grossesses utérines survenant après une grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1898.

(4) SCHULH. Des grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes. Thèse de Nancy, 1883.

ou qu'il y ait eu entre leur conception un intervalle quelconque.

Nous ne pensons pas, non plus, qu'il nous soit indispensable de reproduire, in extenso, les très nombreuses observations déjà citées par Paccalin et Bichat. Elles se trouveront résumées en leurs points essentiels dans le tableau annexé à notre travail et qui constituera en même temps une statistique des observations publiées jusqu'à ce jour et parvenues à notre connaissance.

Enfin, nous avons à cœur, avant d'aborder notre étude, de remercier M. le Dr Rivet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans le service duquel nous avons puisé notre sujet, et qui, après nous avoir obligeamment fourni l'observation de sa malade, nous a, malgré de nombreuses préoccupations, constamment encouragé et guidé de ses conseils pendant l'élaboration de cette thèse. Qu'il soit assuré ici de notre très vive et sincère reconnaissance.

OBSERVATION I

(Personnelle)

Grossesse intra-utérine normale coïncidant avec une grossesse ectopique de même âge (1).

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de 32 ans et ne présentait aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'intérêts : mariée depuis quelques années déjà, elle n'avait eu ni enfants ni fausses couches. Depuis deux ou trois ans, elle était réglée irrégulièrement ; ses règles cessaient parfois pendant un mois ou deux, sans s'accompagner d'hémorragie ou de douleurs pouvant faire songer à un avortement.

Le dimanche 30 août, sans aucune cause, dans un parfait état de santé, elle fut prise de douleurs abdominales, vives, siégeant surtout dans le flanc droit. Un médecin mandé pensa à un début d'appendicite. Pendant toute la semaine, quoique encore souffrante, elle put vaquer à ses occupations. Elle n'était restée au lit que le premier jour.

Le dimanche suivant, les mêmes phénomènes se reproduisirent : douleur dans le ventre, surtout à droite, sensibilité à la pression, vomissements, élévation de température : 38° et quelques dixièmes. Cet état continua jusqu'au

(1) Observation due à l'obligeance de M. le Dr RIVET, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, 1902.

samedi matin 13 septembre, jour où mon distingué confrère et ami, M. le Dr Grolleau, de Couëron, nous l'adressa.

Nous nous trouvâmes en présence d'une malade dont les commémoratifs, les symptômes, la température retraçaient assez le tableau d'une appendicite ; mais une exploration attentive faisait percevoir un gâteau, situé, non au-dessus de l'arcade de Fallope, comme c'est le plus généralement le cas, mais sus-pubien, presque sur la ligne médiane. Le toucher vaginal offrait un utérus à col un peu ramolli, presque immobilisé et des culs-de-sac, surtout l'inférieur, remplis, ne bombant pas cependant dans le vagin. Ces symptômes, joints à une absence de règles depuis environ deux mois et demi, nous firent porter le diagnostic de rupture de grossesse ectopique, rupture sans fracas, s'étant faite progressivement, ne rappelant en rien l'hématocèle classique.

C'était aussi la manière de voir, je me hâte de le dire, de mon confrère. L'intervention, décidée, fut pratiquée sur-le-champ, avec le concours précieux de mon maître, M. le Dr Poisson. Il s'agissait, en effet, d'une rupture de grossesse tubaire du côté gauche (côté opposé à la douleur). Parmi les caillots, nous eûmes la fortune de trouver un petit fœtus encore fixé par son cordon et son placenta à la trompe déhiscente. Le fœtus parut âgé d'environ 2 mois 1/2. Nous enlevâmes rapidement la trompe et les caillots. La trompe opposée était saine et l'ovaire d'apparence normale. Nous nous retirâmes, laissant dans le Douglas deux drains et une mèche.

L'utérus frappa ensuite notre attention. Il était sillonné de grosses veines, augmenté notablement de volume, de consistance molle, presque fluctuante. Mais, quoique en général, dans les grossesses ectopiques, l'utérus s'hyper-

trophie notablement, nous avions cependant des doutes sur son contenu.

Tout alla bien pendant deux jours, malgré une température de 38°4 environ, et qui existait du reste avant notre intervention, quand le matin du troisième jour, la malade ressentit de violentes douleurs abdominales, et expulsa, avec une hémorragie extrêmement intense, un second fœtus exactement du même âge que le premier, mais paraissant cependant un peu mieux conformé. Le fœtus sortit seul. Le placenta resta dans l'utérus pincé au niveau de la corne gauche, côté de la trompe réséquée.

HISTORIQUE

L'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine est de date relativement récente, et les quelques documents que nous possédons sur la question, antérieurs à la période aseptique et vraiment chirurgicale, manquent, la plupart du temps, de précision. A cette époque on s'occupa de rapporter des faits qui parurent intéressants, voire même prodigieux ; mais sans essayer de les pénétrer, ni de les commenter. C'est l'époque où Levret, avec quelque apparence de mystère, parle de « *mauvaise grossesse* ».

A mesure, toutefois, que la chirurgie fait des progrès, que les phénomènes de l'ovulation sont mieux compris, l'étude de ces cas devient plus approfondie et plus scientifique. Et enfin nous assistons, depuis quelques années, à une véritable éclosion d'observations nettes et bien étudiées, publiées, d'ailleurs, pour la plupart à l'étranger.

On pourrait s'étonner, avec raison, que les traités de chirurgie, de gynécologie et d'obstétrique

les plus récents publiés en France, soient restés muets sur la question et que cette variété si intéressante de grossesse gémellaire n'ait pas frappé les esprits des auteurs, alors qu'ils ont consacré de longs chapitres à l'étude de la grossesse ectopique simple. Pour trouver quelque chose sur ce point, dans notre littérature nationale, nous devons reculer d'une vingtaine d'années en arrière, fait curieux et qui prouve combien les ouvrages un peu anciens sont vite hors de mode et laissés de côté.

Pinard, en 1886, dans son article du *Dictionnaire Encyclopédique*, consacra un paragraphe à la question qu'il ne fit qu'effleurer en chacun de ses points; il l'accompagna d'un tableau récapitulatif de 24 cas collectionnés par Browne en 1882, et dont le dernier, de Galabin, remonte à 1881.

Presque à la même époque paraissait, dans le « *Traité de l'art des accouchements* », de Tarnier et Budin, un chapitre intitulé : *Complications de la grossesse utérine*, et dans lequel les auteurs envisageaient la question sous deux modes : *grossesse extra-utérine récente et grossesse utérine*. — *Grossesse extra-utérine ancienne et grossesse utérine*. Ces deux articles ne dépassent pas, chacun, une vingtaine de lignes.

La première observation indiscutable de grossesse intra-utérine, combinée à une grossesse utérine, paraît due à Duverney, qui la publia dans ses

Œuvres anatomiques, en 1708. Il s'agissait d'une femme de 21 ans, enceinte de 3 mois. Sans doute, Clarence Webster cite des observations remontant aux ^x^e, ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles; mais il est bien difficile de vérifier l'exactitude de cas aussi anciens, et que, d'ailleurs, Küsmaull a mis en doute (1).

Nous avons, ensuite, les rares observations de Mascagni (1810), de M^{me} Lachapelle (1811) de Clét (1818); celles de Gœsmann (1820) de Frank Petrunti (1834), etc..., dont plusieurs sont incomplètes et obscures. On sent que les bons observateurs sont rares et que la chirurgie tâtonne.

En 1876, J. Parry tenta d'établir la proportion des grossesses intra et extra-utérines simultanées, par rapport aux grossesses ectopiques unilatérales. Nous reviendrons à son travail dans le chapitre qui traitera de la fréquence.

En 1892, Gützwiler (2) réunissait, dans une étude assez approfondie, 17 cas dispersés dans la littérature médicale de tous les pays et y ajoutait une observation personnelle. Mais il déclare lui-même, sans embages, que l'authenticité de huit seulement de ces cas lui paraît absolue.

Von Shrenk, en 1894, renouvelant l'essai de Parry, étudia la fréquence comparative de la grossesse

(1) Thèse de PACCALIN. Lyon, 1903.

(2) GÜTZWILLER. *Archiv. f. Gynæk*, vol. XLIII. 1892.

intra et extra-utérine simultanée par rapport à la grossesse simplement ectopique, en se basant sur un plus grand nombre de cas ; nous y reviendrons également.

En 1901 parut la longue nomenclature de Hanna Wilsin, qui, à propos d'un cas observé et opéré avec succès par le professeur Engström, d'Helsingfors, réunit dans une même statistique un total de 68 observations. Ce travail englobe à peu près tous les cas cités jusqu'à cette date ; bien peu ont dû lui échapper.

Enfin, à peu près rien, n'avait été publié en France, sur la question, quand parut, en 1903, la thèse de Paccalin, de Lyon, suivie de près par le travail de Bichat, de Nancy. Chacun de ces deux auteurs, ignorant l'autre, faisait un travail récapitulatif, suivi d'une étude clinique, et ajoutait une observation personnelle à celles déjà parues.

FREQUENCE

Il est encore bien difficile, à l'heure actuelle, et par suite du nombre restreint des observations, d'apprécier la fréquence des grossesses gémellaires intra et extra-utérines combinées. Nous étudierons cette fréquence par rapport à la grossesse ectopique unilatérale et bilatérale, et par rapport à la grossesse gémellaire normale.

I. — Les grossesses ectopiques unilatérales nous semblent actuellement relativement fréquentes. Töth, il y a quelques années, en réunissait 31 cas sur un ensemble de 1,700 opérations gynécologiques ; Küstner, de Breslau, opéra à lui seul, 107 malades en l'espace de cinq ans, de 1893 à 1898. Ces données sont déjà un peu anciennes. Actuellement tous les auteurs parlent de grossesse ectopique, et il n'est pour ainsi dire pas de chirurgien qui n'en puisse citer un certain nombre d'observations personnelles.

J. Parry, le premier, en 1876, tenta d'établir une

proportion. Sa statistique porte sur un ensemble de 500 cas dont la moitié environ est d'une authenticité absolue. Sur ce chiffre, il trouva 22 cas dans lesquels il y avait à la fois grossesse intra et extra-utérine, mais sur ces 22 cas, 2 fois seulement, dit-il, les œufs furent fécondés en même temps, soit une proportion de 4 pour 1,000.

Von Shrenk après lui, sur un ensemble de 610 cas, observés de 1888 à 1892, rencontra 4 fois seulement la coïncidence d'une grossesse ectopique et d'une grossesse normale, soit une proportion de 6,6 pour 1,000.

II. — Nous croyons avec Budin et Tarnier, et contrairement à la pensée de quelques auteurs, que la grossesse intra et extra-utérine simultanée est relativement plus fréquente que la grossesse ectopique bilatérale. Nous basons notre opinion sur des statistiques comparées. En effet, dans une étude très bien faite, parue cette année même dans la *«Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale»*, Jayle et Nandrot ne sont parvenus à grouper que 29 cas de grossesse ectopique bilatérale, tandis que notre statistique de grossesse gémellaire intra et extra-utérine comporte actuellement près de cent cas. La proportion serait approximativement de 1 pour 3.

III. — Peut-on, enfin, établir un rapport de fréquence entre la grossesse gémellaire intra et

extra-utérine et la grossesse gémellaire normale ? D'après Pinard (1), Parry aurait encore tenté cette étude. Mais les chiffres qu'il donne nous semblent par trop invraisemblables pour qu'on puisse y ajouter foi. D'après cet auteur, en effet, la grossesse gémellaire serait quatre fois plus fréquente dans la grossesse extra-utérine et intra-utérine simultanée que dans la grossesse utérine normale. L'expérience de chaque jour suffit à nous prouver tout ce que ces données comportent d'exagération. Nous n'y insisterons pas. Ajoutons pourtant que d'après les auteurs récents et classiques on compte une grossesse gémellaire normale environ sur 90 grossesses uniques intra-utérines. La statistique de Bertillon, variable d'ailleurs, suivant les latitudes et les pays, donne, pour la France, un chiffre de 9,9 pour 1,000. D'après ces calculs, et si les données de Parry étaient exactes, on voit que c'est tous les jours que nous entendrions parler de grossesse gémellaire intra et extra-utérine. Nous sommes bien loin de compte !

En résumé, nous ne croyons pas qu'il soit encore possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de fournir un rapport exact de la fréquence de la grossesse intra et extra-utérine simultanée par rapport aux différentes grossesses. Pour faire ce

(1) PINARD. Article « *grossesse* » du *Dictionnaire Encyclopédique*.

calcul avec quelque chance de vraisemblance, il faudrait un nombre plus grand d'observations, beaucoup de temps, et une méthode plus scientifique que celle qui a été employée jusqu'ici.

ETIOLOGIE

Age. — L'âge de la femme, dans la grossesse intra et extra-utérine simultanée, varie entre 20 et 40 ans. Le maximum de fréquence paraît être de 25 à 35 ans.

Antécédents obstétricaux. — Dans la plupart des cas, il s'agit de femmes qui sont en pleine activité génitale. Quelques-unes sont de grandes multipares (la femme dont parle Mascagni avait eu 19 enfants; celle de Rosthorn, 12). Mais on ne peut tirer de ces faits aucune conclusion absolue, plusieurs, par contre, en étant à leur première grossesse. En contradiction avec cette apparence de multiparité, nous citerons d'ailleurs l'opinion de notre maître, M. le docteur Rivet, de Nantes, qui eut, à plusieurs reprises, l'occasion d'observer des grossesses extra-utérines chez des sujets mariés depuis de longues années et nullipares. Dumollard (1) semble professer la même opinion. Fasola (2),

(1) DUMOLLARD. Observation citée in thèse Paccalin.

(2) FASOLA. *Annali di Obst.* Florence, 1888.

enfin, cite des cas assez nombreux de grossesse ectopique survenus chez des femmes ayant eu déjà un ou plusieurs enfants, mais restées stériles depuis de longues années.

Hérédité. — Quelques auteurs, traitant de la grossesse ectopique simple, ont parlé d'influence héréditaire. Nous ne savons, en ce qui nous concerne, que penser à ce sujet, les observations étant malheureusement muettes sur ce point.

Latitude. — Il semble résulter des observations que nous avons groupées, que la grossesse ectopique et intra-utérine simultanée n'est particulière à aucun pays. Nous devons cependant mentionner l'opinion de Pontoynont (1), de Tananarive, d'après lequel cette variété de grossesse gémellaire ne serait pas rare à Madagascar et particulièrement en Emyrne.

M. Pontoynont ne nous fournit aucun détail sur ce fait que nous ne pouvons discuter.

Antécédents pathologiques génitaux. — Nous remarquons qu'en général, lorsque les auteurs précisent ce point, les femmes dont ils rapportent les observations sont vigoureuses et jouissent d'une bonne santé. Leurs règles ont été habituellement normales.

(1) PONTOYNONT. Rapport de Potherat à la Société de Chirurgie, 26 mars 1901.

Généralement aussi les grossesses antérieures ont été normales et menées à terme. Rarement on a dû recourir à des manœuvres obstétricales, telles que l'application de forceps ou la version (XXIII, Haderup; XXV, Satterthwait; XXXVII, Dumolard; XL, Galabin; LXXX, Boyd). Mais assez fréquemment, et ce fait est à noter, nous trouvons dans les antécédents de ces femmes des avortements et des accouchements prématurés, parfois répétés chez un même individu (X, Ambrosioni; XV, Behm; XL, Galabin; XLVIII, Herzfeld; XLIX, Martin; LIV, Dikson; LIX, Walther; LXXIII, Hermès; LXXVII, Warnek; LXXIX, Cantwell; LXXXI, Pollosson; LXXXII, Moulonguet).

Une fois seulement, nous trouvons mentionnée une grossesse gémellaire dans les antécédents (LV, Otto-Küstner).

De même, il ne semble pas que l'on puisse, en général, relever des antécédents pathologiques, relatifs à l'utérus et aux annexes, chez les femmes qui ont présenté une grossesse gémellaire intra et extra-utérine. La plupart des auteurs n'en disent rien; d'autres insistent sur l'intégrité de l'appareil génital; les troubles ressentis : hémorragies, douleurs abdominales, troubles urinaires, symptômes de compression, etc., sont du domaine de la grossesse actuelle. Pourtant, il est remarquable que si les auteurs anciens sont muets sur ce point, plusieurs, parmi les plus récents, signalent

au contraire des lésions inflammatoires annexielles (LXXV, Belaustegni ; LXXVII, Warnek ; LXXXII, Moulonguet ; LXXXVI, Perkins ; XCIV, Simpson). Moulonguet mentionne, en outre chez sa malade, un coup de corne de chèvre reçu à seize ans dans le bas-ventre. Il ne lui attribue d'ailleurs pas d'autre importance.

PATHOGÉNIE

La grossesse intra et extra-utérine simultanée n'est en somme qu'une variété de grossesse gémellaire. Il serait intéressant de rechercher pourquoi, après l'imprégnation des ovules, l'un d'eux se développe normalement dans la cavité utérine, tandis que l'autre reste localisé ectopiquement.

Passons rapidement en revue les causes de la grossesse gémellaire normale et celles de la grossesse ectopique unilatérale.

« I. — Pour qu'il y ait grossesse gémellaire en » général (1), une des conditions suivantes est » nécessaire du côté de la femme.

» 1° Deux vésicules de de Graaf appartenant au » même ovaire, ou chacune à un ovaire différent, » se rompent et laissent échapper deux ovules.

» 2° Une vésicule de de Graaf contient deux » ovules qui sont fécondés en même temps.

» 3° Une seule vésicule de de Graaf se rompt et

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. Précis d'obstétrique.

» n'émet qu'un seul ovule, mais cet ovule contient
» deux germes (Balbiani).

» Quel qu'ait été le mécanisme de la gémellité,
» *la grossesse est le résultat de la fécondation de*
» *deux germes.* » Cette fécondation peut être due à un
coût unique, ou à deux coûts plus ou moins éloignés.
En ce dernier cas il peut y avoir *superfécondation*,
(c'est-à-dire que la femme est fécondée à quelques
heures ou à quelques jours d'intervalle par deux
individus différents), ou *superfætation*, c'est-à-dire
qu'une première grossesse existe déjà depuis plu-
sieurs jours, plusieurs semaines ou même plusieurs
mois lorsque se produit une nouvelle fécondation.

II. — Pour ce qui concerne la grossesse ectopique,
ses causes paraissent toutes se résumer dans l'apport
d'un obstacle à la migration de l'ovule, de l'ovaire
jusqu'à l'utérus, que cet obstacle résulte :

1° De la non application de la trompe sur l'ovaire
au moment de la ponte (1) (grossesse péritonéale).

2° D'une lésion inflammatoire de la trompe, con-
sécutive à une salpingite, à une péritonite partielle,
à une ovarite, etc... (2), avec lésion de la muqueuse
tubaire et disparition de cils vibratiles. (Cette der-
nière théorie est niée par Paquy) (3).

3° De la présence dans la trompe d'un polype

(1) S. POZZI. Traité de gynécologie clinique et opératoire.

(2) LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. Traité médico-chirurgical
de gynécologie.

(3) PAQUY, Th. de Paris, 1897.

(Wyder) ; d'une bride cicatricielle (Dolérís) ; d'un étranglement ou d'une malformation congénitale, etc..., peut-être aussi d'un caillot ancien, organisé, reliquat de menstrues.

Quel que soit l'obstacle invoqué, et étant donné le mécanisme de la grossesse gémellaire normale, on peut, théoriquement, tirer les conclusions suivantes au point de vue de la pathogénie de la grossesse intra et extra-utérine simultanée :

1° *Les deux ovaires participent à l'ovulation* : les deux ovules destinés à l'utérus doivent cheminer chacun par une trompe différente. L'une de ces trompes peut être malade, l'autre saine. La trompe lésée retiendra son ovule, tandis que l'autre permettra la progression naturelle du deuxième ovule du côté opposé.

2° *Un seul ovaire participe à l'ovulation* : En ce cas, qu'une même vésicule contienne deux ovules, ou qu'un seul ovule contienne deux germes, on peut admettre, les deux ovules cheminant ensemble dans la trompe, que l'un d'eux y soit retenu, tandis que pour l'autre la migration continue.

3° Il arrive fréquemment, dans la grossesse gémellaire intra et extra-utérine, que les deux fœtus ne soient pas absolument du même âge, ce que l'on constate cliniquement par une différence de poids à la naissance, ou par deux naissances successives. On a noté entre eux un intervalle de un, deux, trois mois et plus. En effet, la superimpré-

gnation tardive reste possible tant que les caduques ovulaire et utérine du premier œuf ne s'opposent pas par leur fusion au passage des spermatozoïdes, c'est-à-dire pendant les trois ou quatre premiers mois. La deuxième condition nécessaire est la maturation d'un follicule de de Graaf. Or, cette ovulation peut continuer pendant la grossesse comme l'ont prouvé les recherches de Cosentino, de Wolff, etc....., et comme on l'a constaté plus d'une fois à l'autopsie de femmes mortes pendant leur gestation. La superfœtation peut être aussi bien intra et extra-utérine (1), que bi-ectopique, ou simplement gémellaire normale. On peut donc admettre, pour le cas qui nous occupe, que la trompe qui a reçu le premier ovule était saine lors de son passage; qu'elle est plus tard devenue malade et qu'au moment de la migration du deuxième ovule celui-ci, retenu par une lésion de la muqueuse tubaire, s'est greffé en un de ses points.

Ces conclusions, nous le répétons, sont tout hypothétiques; mais elles nous paraissent logiques et comme telles dignes d'être proposées.

A propos de la pathogénie de la grossesse intra et extra-utérine simultanée, nous croyons intéressant de relater l'opinion de H. Larger (2). Cet

(1) BOUCHACOURT. *Société d'obst.* Paris, 1903.

(2) H. LARGER. Des stigmates obstétricaux de dégénérescence. Thèse de Paris, 1900.

auteur, s'appuyant sur de nombreuses observations, considère les grossesses gémellaires en général, de même que les grosses ectopiques, à plus forte raison les grossesses où il y a à la fois gémellité et ectopie comme faisant partie des stigmates obstétricaux de dégénérescence. Il s'agirait d'un arrêt de développement analogue, à ce qui se passe pour l'ectopie testiculaire, etc.

Enfin, nous citerons pour finir l'opinion originale de Barnes, reproduite par Pinard dans son article du *Dictionnaire Encyclopédique*. D'après cet auteur, les deux ovules fécondés, destinés tous deux à former une grossesse gémellaire normale se gêneraient mutuellement, l'un jouant par rapport à l'autre le rôle de corps étranger et l'empêchant de pénétrer, soit dans la trompe (grossesse abdominale), soit dans l'utérus (grossesse tubaire ou tubo-utérine).

F. W. Cantwell (1) formule une opinion qui a, avec la précédente, quelque rapport. Pour lui, et en particulier dans le cas qu'il a examiné (observation LXXIX) l'ovule intra-utérine vient d'abord à travers la trompe. Puis l'altération de la muqueuse, produite par son passage, suffit à arrêter la progression du deuxième ovule, assez longtemps pour lui permettre un accroissement suffisant pour empêcher sa migration vers la cavité utérine.

(1) CANTWELL. *New-York, med. Rec.*, 1901.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la grossesse intra et extra-utérine simultanée se confond avec celle de la grossesse ectopique simple. Nous ne ferons donc qu'effleurer ce chapitre, nous contentant de mentionner le siège du fœtus ectopié.

Sur un ensemble de 95 observations, 40 fois ce siège fut tubaire, 17 fois à droite: (XV; XVI; XIX; XXII; LV; LVI; LVII; LVIII; LX; LXV; LXVIII; LXXI; LXXII; LXXVI; LXXVIII; LXXX; LXXXI.) 16 fois à gauche: (I; XIII; XXIV; XXVII; XLVI; LII; LIX; LXI; LXIII; LXXIII; LXXV; LXXVII; LXXIX; LXXXII; LXXXIII; XCIII.) — 7 fois la latéralité ne fut pas mentionnée.

En outre, 6 fois la grossesse fut tubo-ovarique; (IV; V; XXXI; XLI; LXIV; LXXIV; 3 fois tubo-utérine: (XLVII; XLIX; XCI.) — 10 fois abdominale (XVI; XXI; XXX; XXXIV; XXXVIII; LXXVIII; LXXXI; LXXXIV; LXXXIX; XC). Enfin elle fut une fois péritonéale: (VII) et 2 fois le fœtus siégeait dans le Douglas: (II; LXXXVIII).

Dans le reste des cas le siège n'est pas mentionné, (et cette omission coïncide, en général, avec la période préaseptique,); ou bien il reste douteux : les auteurs localisent vaguement le kyste fœtal dans l'une ou l'autre fosse iliaque, soit que le fœtus soit encore contenu dans une trompe, soit que la rupture se soit déjà produite, etc.

Quant aux autres points de l'anatomie pathologique : aspect du kyste, de l'utérus, des annexes, adhérences avec les différents viscères, etc., ils n'offrent rien de particulier; nous ne nous y arrêterons pas.

DIAGNOSTIC

Peut-on faire le diagnostic de la grossesse intra et extra-utérine simultanée ?

Il nous est difficile de répondre à cette question d'après notre propre expérience, ne possédant qu'un seul fait d'observation personnelle, mais la lecture des nombreuses relations que nous avons pu recueillir, après nous avoir éclairé, nous permettra de tirer des conclusions.

Avant d'aller plus loin, que nous a appris l'évolution habituelle de cette gestation ? L'interruption est-elle fréquente ?

Oui, puisque nous l'observons 80 fois sur 95 cas, soit une proportion de 83 pour 100. Le diagnostic ne resterait donc possible que 15 fois, soit une proportion de 17 pour 100, ce qui constitue une très faible minorité.

Mais nous devons tout d'abord établir deux ordres de faits :

1° La grossesse en question est plus ou moins

avancée, sans avoir subi aucun accident qui doive en modifier l'évolution.

2° La grossesse est interrompue par un accident, le plus souvent une rupture de l'œuf ectopié.

I. — Prenons le premier cas : Là encore une division s'impose. Nous devons considérer la possibilité du diagnostic à deux périodes différentes : avant et après le cinquième mois.

Existe-t-il, jusqu'à ce jour, des observations où l'on trouve qu'un diagnostic ferme ait pu être établi de bonne heure et antérieurement à tout accident ou intervention ?

Une seule, celle de Strauss, qui établit son diagnostic dès la 12^e semaine, en se basant surtout sur le volume démesuré de l'abdomen par rapport à l'âge de la grossesse.

Dans ce chapitre, nous ne pouvons être qu'hypothétiques. Mais il est rationnel de penser que le clinicien, quoique prévenu actuellement par le nombre déjà important de ces faits, ne pourra guère diagnostiquer qu'une simple grossesse ectopique. Encore est-il bon de faire remarquer combien ce diagnostic lui-même est difficile dans certains cas, et que la plupart du temps la grossesse ectopique n'est reconnue que lors d'un accident, tel qu'une rupture tubaire, avec le tableau classique de l'hématocèle ou de l'inondation péritonéale. L'erreur sera d'autant plus facile à com-

mettre, que, dans la grossesse ectopique comme dans la grossesse gémellaire intra et extra-utérine, on constate un arrêt des règles coïncidant avec les phénomènes généraux sympathiques de la grossesse; que l'utérus, surtout, augmente de volume d'une façon sensible, qu'il se ramollit, se congestionne; que son col, également, s'hypertrophie, se ramollit, se congestionne; que ses culs-de-sac s'effacent, que son orifice devient béant (permettant souvent l'écoulement d'un liquide séreux, voire même sanguinolent, en dehors de toute lésion utérine ou annexielle).

A mesure que la grossesse ectopique avance en âge, le diagnostic peut toutefois se préciser. En effet, le sac ectopique, continuant à se développer, se perçoit mieux dans l'abdomen. Il est possible, parfois d'y constater les mouvements actifs du fœtus, de même que l'auscultation y révèle parfois les bruits du cœur fœtal. Au contraire, le volume de l'utérus reste stationnaire, ce qui doit évidemment attirer l'attention du clinicien. On a même vu les apparences de gravidité utérine rétrocéder. Certains auteurs ont préconisé, à ce moment, l'emploi du cathétérisme utérin et le curettage explorateur. Mais, outre que ces manœuvres ne permettent pas toujours de distinguer une muqueuse enflammée d'une caduque utérine de grossesse ectopique, on doit toujours, étant donné la possibilité de coïncidence d'une grossesse utérine, s'en garder soigneu-

sement, d'autant plus, soit dit en passant, que la plus simple hystérométrie ne doit être pratiquée que rarement, et avec la plus grande circonspection.

En résumé, avant le 5^e mois, et indépendamment de tout accident, il est bien difficile de songer à une grossesse gémellaire intra et extra-utérine. Avant les trois premiers mois, l'obscurité du diagnostic est à peu près complète.

II. — A partir du 5^e mois et quoique les observations recueillies jusqu'ici ne soient guère probantes, le diagnostic nous paraît, *a priori*, plus facile. A ce moment, en effet, les signes de certitude se sont précisés. A l'encontre de ce qui se passe dans la grossesse ectopique simple, l'utérus a poursuivi son développement parallèlement à celui du kyste abdominal. Le palper donne des renseignements précieux ; on perçoit parfois des mouvements fœtaux intra et extra-utérins ; enfin l'auscultation peut révéler les bruits d'un cœur fœtal en deux foyers différents. De plus, fait important et souvent noté dans les observations, la femme, étonnée du développement anormal de son ventre, développement qu'il n'avait jamais atteint lors des précédentes grossesses, si elle est multipare, se décide à consulter.

Le diagnostic différentiel est plutôt à faire à ce moment d'avec une grossesse gémellaire normale,

où l'on trouve également plusieurs pôles et deux centres différents de bruits du cœur. Mais combien il doit être malaisé cependant de faire la différence, au cas où une grossesse gémellaire normale s'est développée dans un utérus malformé !

Nous n'insisterons pas sur les autres diagnostics différentiels : avec grossesse et kyste ovarique ; grossesse et salpingite kystique ; grossesse et fibrome pédiculé ; grossesse et appendicite, etc. Ils sont les mêmes que pour une grossesse normale ou ectopique simple. Mais hâtons-nous de le dire, ils sont rares les cas de coïncidence de grossesse intra et extra-utérine, et encore plus ceux où cette grossesse dépasse cinq mois, puisque sur 95 observations que nous possédons, quinze fois seulement les deux grossesses purent arriver à terme.

II. — Un accident survient et l'une ou l'autre grossesse s'arrête, ou les deux à la fois. Cette terminaison, d'après nos calculs, est notée 83 fois sur 100. C'est donc presque la règle.

Quelle est la cause de l'interruption ? Le plus souvent, dans l'immense majorité des cas, même, l'accident survient du côté de l'œuf ectopique : rupture de la trompe ou du kyste ovarique ou abdominal. Une fois, seulement, la grossesse utérine est interrompue sans interruption de la grossesse ectopique (XXXIX, Wilson). Nous ne savons pas si le

diagnostic avait été fait et nous nous contentons de signaler cette extrême rareté sans commentaire.

Peut-on, à ce moment, établir le diagnostic? Le chirurgien n'a évidemment pas à rechercher si oui ou non l'utérus est gravide à l'heure où il vient de faire le diagnostic de rupture tubaire. En présence de cet accident, souvent méconnu et confondu même avec une appendicite (c'est le cas de notre observation), l'essentiel est d'agir vite. Donc, comme toute rupture demande à être traitée chirurgicalement, ce ne sera le plus souvent que lors de l'ouverture de l'abdomen que l'opérateur, souvent surpris, quelquefois prévenu, constatera la gravidité utérine. Et s'il y a songé, son esprit aura été frappé des dimensions, de la forme, de la consistance et de la vascularisation de l'utérus.

Ceci dit pour une grossesse de deux à trois mois.

Si l'utérus est gravide depuis plus longtemps au moment où éclate l'accident, sans doute devratt-on par le toucher vaginal joint au palper bimanuel, apprécier assez facilement, en dehors des culs-de-sac plus ou moins distendus et du gâteau abdominal, un utérus plus ou moins en rapport par son volume avec la date de la suppression des règles, et présentant un col ramolli, arrondi, plus ou moins effacé, congestionné et parfois déhiscent.

Enfin, à plus forte raison, si l'accident éclate à une époque plus rapprochée du terme, le diagnostic devra-t-il être porté avec quelque vraisemblance. Mais, nous le répétons, ces cas constituent la grande rareté, et les accidents abdominaux éclatent surtout dans les premiers mois.

En résumé, nous pensons qu'en dehors d'un accident, et dans les deux ou trois premiers mois, le diagnostic de grossesse utérine évoluant en même temps qu'une grossesse ectopique, est rarement possible. Nous croyons qu'à partir du cinquième mois on a quelque chance de l'établir, et qu'en tout cas on doit y songer.

Deuxièmement, qu'en présence d'une rupture, et dans les premiers mois, on songe la plupart du temps, seulement à une grossesse ectopique simple. Qu'à partir du cinquième mois, et devant l'importance des symptômes il est possible de songer en même temps à une grossesse utérine.

Enfin, que le plus souvent, et dans les deux ordres de faits, étant donnée la rareté très réelle de cette grossesse gémellaire, sa découverte est toute fortuite et constitue une surprise pour le praticien.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Nous touchons ici à un des points les plus importants de l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine, puisque de cette étude vont découler des conclusions opératoires.

Et tout d'abord il nous semble intéressant de rechercher quelle peut être l'influence d'une grossesse normale sur une grossesse ectopique, et réciproquement.

De même, croyons-nous, qu'il est permis de penser, *a priori*, que l'évolution de la première doit être subordonnée à celle de la seconde, de même, il n'est sans doute pas téméraire de considérer, sauf quelques cas heureux, la grossesse ectopique comme une véritable et grave complication de la grossesse utérine. Cependant, de même qu'un kyste fœtal extra-utérin peut évoluer jusqu'à terme, de même il en peut être dans la grossesse normale, comme en font foi les observations de La Chapelle, Pollak, Chabert, Moore et Sale, etc... Ici l'accouchement a lieu, sans incident, là une hysté-

rotomie permet de recueillir un enfant bien vivant.

Une étude attentive, portant sur un ensemble des 95 observations que nous avons pu recueillir, confirmant nos suppositions, nous conduit aux conclusions suivantes :

Rarement les deux grossesses ont pu arriver ensemble au terme de leur évolution, avec complet développement des deux fœtus. Nous ne trouvons cette terminaison que quinze fois sur 95, soit la faible proportion de 15,7 pour cent. Et encore est-il juste de faire remarquer que sur ce chiffre, sept fois seulement la terminaison fut absolument heureuse et permit de recueillir deux enfants vivants: (XIX, XXIX, XXXIX, LI, LVII, LXII, LXIV.)

Dans les huit cas restants, il arriva 6 fois que l'un des deux fœtus fut trouvé mort: (XXVIII, XXXII, XXXV, XLVIII, LIII, XCIII). Dans les deux autres cas les deux fœtus étaient morts (IX, XXII.)

Quelquefois la mort de ces fœtus paraissait récente, parfois aussi on les trouva en partie macérés, voire même transformés en lithopœdion: (XXXVII).

Quand les deux grossesses sont interrompues, elles peuvent l'être ensemble ou séparément:

Les deux fœtus furent trouvés morts à la fois, 49 fois sur 95, soit une proportion de 51,6 pour 100. C'est la terminaison la plus habituelle: (I, III, IV, VI, XI, XIII, XV, XVI, XVIII, XIX, XXIV, XXVI,

XXVII, XXX, XXXI, XXXIII, XXXVIII, XL, XLI, XLIII, XLVI, XLVII, XLIX, L, LII, LIV, LV, LVI, LVIII, LXI, LXIII, LXV, LXVIII, LXIX, LXX, LXXI, LXXII, LXXIV, LXXV, LXXVIII, LXXXI, LXXXIII, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, XCV.)

Dans un tiers des cas environ, 29 fois sur 95, soit une proportion de 30,5 pour 100, nous trouvons la grossesse ectopique seule interrompue : (V, VII, VIII, X, XII, XX, XXI, XXIII, XXXII, XXXIV, XXXVI, XXXVII, XL, XLII, XLIV, XLV, LXVI, LXVII, LXXIII, LXXVII, LXXX, LXXXII, LXXXV, XCII, XCIV.)

Enfin nous ne notons qu'un seul cas (XXXIX) d'interruption de la grossesse utérine sans interruption de la grossesse ectopique, et encore s'agit-il d'un accouchement prématuré à 8 mois. Une laparotomie, pratiquée 26 jours après, permit de recueillir un enfant vivant.

Le fœtus intra-utérin put aller à terme, indépendamment du fœtus ectopique, 23 fois, soit une proportion de 24, 2 pour 100. 19 fois il était vivant : (VII, VIII, X, XII, XXIII, XXXII, XXXIV, XXXV, XXXVII, XLII, XLVIII, LIII, LXVI, LXVII, LXXVII, LXXX, LXXXII, XCII. XCIV. —) 4 fois on le recueillit mort : (V, XXI, XXXVI, XLV). En ce cas, il était macéré, résorbé ou transformé en lithopœdion.

Enfin, le fœtus ectopique put arriver vivant à

terme 6 fois sur 95, soit une proportion de 6,6 pour 100, et être sauvé par une rapide intervention.

A quel âge meurt le fœtus intra-utérin ? Il est malaisé de répondre exactement à cette question, les observateurs ayant eux-mêmes rarement précisé. La date de sa mort varie de quelques semaines à plusieurs mois. Tantôt on note un avortement vers deux ou trois mois, et c'est le cas le plus fréquent. Tantôt nous assistons à un accouchement prématuré vers 6 mois, ou à partir de cette date. Deux fois nous voyons que le fœtus a pu atteindre le 8^e mois. Enfin, il est mort à terme 7 fois : (V, IX, XXI, XXII, XXV, XXXVI, XLV.)

A quel âge meurt le fœtus extra-utérin ?

Lui aussi peut succomber à tout âge de son évolution. Sa mort coïncide très souvent avec celle du fœtus intra-utérin ou la précède de quelques heures, de quelques jours. La plus grande fréquence de sa fin paraît dater du 2^e au 4^e mois, époque de la rupture. Mais souvent elle est très postérieure à cette date, puisque 8 fois on trouva le fœtus mort complètement développé et à terme.

A quoi est due la mort des fœtus ?

Le plus souvent survient une rupture de la trompe ou du kyste fœtal, quelle que soit sa variété, avec l'inondation subite et son cortège dramatique, soit par poussées successives, entraînant d'abord la mort du fœtus ectopique, puis, par irritation réflexe, souvent notée sur

l'utérus gravide, celle du fœtus intra-utérin qui est alors expulsé. Cette terminaison n'est d'ailleurs pas fatale pour le fœtus ectopique, et souvent la cause de sa mort ne put être précisée. Enfin, dans le cas rapporté par Moulonguet (d'Amiens), il succomba, non à une rupture, mais à une torsion de la trompe qu'il habitait, sans causer d'ailleurs aucun préjudice à la grossesse utérine qui put poursuivre indépendamment et normalement son cours.

Parfois, l'action réflexe sur l'utérus n'est pas due à la rupture. Elle peut être produite par le développement progressif de la tumeur abdominale en contact avec l'utérus; enfin elle peut résulter d'une intervention nécessitée par la rupture du sac ectopique, intervention qui entraîne, à très peu d'intervalle parfois, l'avortement de l'œuf utérin. Tel est le cas de la femme que nous citons dans notre observation : elle expulsa, 48 heures après la laparotomie pratiquée, un fœtus que l'on trouva noyé dans les caillots.

Enfin, l'évolution des deux fœtus, ou de l'un d'entre eux, peut être arrêtée par la mort de la mère elle-même, soit qu'elle succombe à une hémorragie foudroyante, soit qu'elle meure des suites de l'opération, de péritonite ayant pour point de départ la suppuration d'un kyste ectopique déjà ancien, de septicémie. Nous avons noté une fois la mort par œdème pulmonaire.

Le pronostic, on le voit, est grave pour la mère comme pour le fœtus.

Pour le fœtus intra-utérin, nous trouvons une mortalité de 80 pour 100, puisque 19 fois sur 95 seulement il arriva à terme, que sa mort ait été due à un accouchement prématuré (6 fois); à un avortement dans les premiers mois (15 fois); à la mort de la mère (6 fois); à des manœuvres obstétricales (2 fois). Dans les autres cas la cause de la mort n'est pas mentionnée.

Pour le fœtus extra-utérin, le pronostic est encore plus grave, puisque 6 fois seulement il fut recueilli vivant, soit la proportion infime de 6,6 pour 100.

Enfin, sans être aussi grave, le pronostic reste encore sombre pour la mère qui succombe 30 fois, dans presque un tiers des cas, et encore faisons-nous abstraction des cas douteux.

Il est une conclusion toutefois qui s'impose, après un simple coup d'œil jeté sur le tableau annexé à notre travail, au point de vue du pronostic tant pour la mère que pour les fœtus. Si nous divisons nos observations en deux moitiés et que nous étudions séparément les cas antérieurs à 1880, époque qui correspond à peu près au début de la période aseptique, et les cas postérieurs à cette date, nous voyons que le pronostic diffère sensiblement.

Avant 1880, nous trouvons pour la mère,

19 morts sur 41 cas, soit 46,3 pour 100, et encore ne tenons-nous pas compte des observations dans lesquelles le décès est douteux.

Après 1880, au contraire, à mesure que le diagnostic s'est précisé, que l'intervention, par là même, a pu être plus rapide, faite avec toutes les précautions opératoires et aseptiques nécessaires, nous voyons le taux de la mortalité s'abaisser très sensiblement, et d'autant plus que les interventions sont plus récentes. Sur un total de 44 cas, nous ne notons plus que 11 décès, soit une proportion de 25 pour 100.

Pour le fœtus intra-utérin, le pronostic, sans varier dans les mêmes proportions, s'est également notablement amélioré. Pour le fœtus ectopique, il reste sensiblement le même.

Quoiqu'il en soit, et comme conclusion, c'est là un encouragement sérieux donné à la chirurgie moderne, et une promesse pour l'avenir.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

TRAITEMENT

Nous considérerons le traitement de la grossesse intra et extra-utérine surtout au point de vue clinique, et les deux mêmes divisions qui nous ont servi de base pour le diagnostic s'imposent ici de nouveau :

— L'évolution de la grossesse se poursuit sans encombres.

— La grossesse est interrompue par un accident abdominal.

I. — Dans le premier cas, et pendant les premiers mois, les indications opératoires ne diffèrent pour ainsi dire pas, qu'il s'agisse de grossesse gémellaire intra et extra-utérine ou de grossesse ectopique simple. En effet, quoiqu'il en soit de ces deux cas, du moment qu'on a constaté chez une femme un fœtus extra-utérin, on doit considérer cette femme comme se trouvant en imminence d'accidents de la plus haute gravité, ce que confirme

notre pourcentage qui atteint l'effrayante proportion de 83 pour 100.

Or, le pronostic, en ce qui concerne la grossesse gémellaire intra et extra-utérine, nous l'avons déjà vu, se trouve singulièrement assombri, du fait que, en plus de l'accident abdominal plus ou moins grave, nous devons toujours craindre des complications utérines, parmi lesquelles la plus fréquente est l'infection par rétention placentaire.

Done, si le diagnostic, jusqu'ici trop rarement établi, il est vrai, mais qui, par la suite sera facilité, se trouve posé dès les premiers mois, l'indication d'agir immédiatement est formelle. Sans doute supprimera-t-on ainsi quelque fœtus qui aurait pu évoluer paisiblement jusqu'à terme; mais les faits de cette sorte sont si rares encore à l'heure actuelle que l'indécision n'est pas permise. Par une intervention rapide on aura quelque chance d'éviter une catastrophe fréquente et toujours possible pour la mère. Tel est le précepte du professeur Pinard.

La technique opératoire ne diffère pas de celle jusqu'ici employée pour l'ablation des kystes ectopiques simples. On agira suivant la variété et la situation du fœtus.

Nous abordons maintenant une question infiniment plus complexe. Nous admettons que la grossesse gémellaire intra et extra-utérine a pu suivre sans encombres son cours jusqu'au sixième mois, et que le diagnostic est posé à ce moment.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° La grossesse intra-utérine évolue normalement, mais la grossesse ectopique est interrompue, son fœtus est mort.

La conduite à tenir est évidemment embarrassante. Si la grossesse est près du terme, si le fœtus ectopié, après avoir succombé, reste bien toléré par l'abdomen, on pourra sans doute temporiser. Encore faudra-t-il excercer une étroite surveillance et être prêt à surprendre les premiers symptômes d'intolérance. Qu'est-ce qui nous prouve, en effet, que le fœtus mort se résorbera silencieusement, ou se momifiera, ou se transformera en lithopœdion, sans occasionner la suppuration du sac, sa rupture et tous les accidents péritonéaux qui peuvent en résulter ? De plus, les derniers travaux publiés sur la question et maintes observations sont venues démontrer que les laparotomies pratiquées au cours de la grossesse sont le plus souvent sans influence nocive sur elles. On doit trouver dans ce fait un encouragement de plus à l'intervention.

2° Les deux fœtus se développent parallèlement et approchent du terme. Que faire ?

La grande indication étant toujours de sauvegarder les jours de la mère et de la préserver d'un accident d'autant plus à craindre que le développement du fœtus ectopié devient plus considérable, nous serons encore, dans ce dernier cas, amenés à l'intervention, au risque de recueillir un enfant

prématuré. Nous nous y résoudrons d'autant plus volontiers qu'à partir de sept mois, en somme, le fœtus est suffisamment bien conformé et a des chances sérieuses de survivre.

3^e Enfin, les deux fœtus sont à terme. Ici il ne peut y avoir d'hésitation. On attendra l'accouchement du fœtus utérin; on interviendra secondairement pour recueillir le fœtus ectopique, s'il est vivant; et s'il est mort on pratiquera l'ablation du kyste dans les meilleures conditions possibles.

Telles sont, en ce qui concerne la grossesse gémellaire intra et extra-utérine se développant sans accident, les indications opératoires qui nous paraissent les plus rationnelles. Mais elles restent forcément un peu théoriques. Il est difficile d'être magistral sur un pareil sujet, qui comporte tant de particularités et tant d'interprétations. Aussi pensons-nous, en résumé, qu'on ne peut ici apporter de règle absolue et que le devoir du praticien sera de s'inspirer de telle ou telle particularité, afin de modifier son mode opératoire suivant l'indication la plus probable du moment.

II. — Une rupture survient, avec son cortège dramatique. Brusquement, sans en être avertie autrement que par de vagues malaises, parfois en pleine santé, la femme éprouve une douleur intense qui lui arrache un cri : c'est le tableau classique de l'inondation péritonéale avec ses

symptômes habituels : pâleur de la face, faiblesse du pouls, état syncopal, refroidissement des extrémités, etc... L'intervention, est-il besoin de le dire ? doit être immédiate. Trop souvent, malheureusement, le chirurgien arrivera trop tard. Mais il est des cas où l'hémorragie n'est pas foudroyante, où elle procède par poussées successives. Ce sont les cas, relativement heureux, où un secours intelligent permet souvent de sauver la femme. Une laparotomie s'impose d'urgence avec les détails opératoires indiqués en pareil cas. Nous disons : laparotomie. En effet, la voie vaginale, sauf cas de force majeure, doit être, croyons-nous, laissée de côté. Outre que le développement de l'utérus, gravide lui-même, a des chances de gêner l'opérateur, que les manœuvres pratiquées sur cet organe risquent de provoquer un avortement par un mécanisme réflexe, le chirurgien, par cette voie, opère trop à l'aveugle. Enfin le drainage, pourtant si utile et que nous considérons comme l'un des plus grands facteurs du succès, peut être, par la suite, une porte d'entrée pour l'infection, tant utérine qu'abdominale. Nous préférons donc la laparotomie qui permet de travailler au grand jour, de tout voir, de tout enlever, de tout respecter aussi, considération importante. En effet, il est nécessaire de bien insister sur ce point, il faut penser à l'utérus gravide ; il faut redoubler d'attention à son niveau ; il faut ménager sa sus-

ceptibilité, tâcher d'éviter un avortement consécutif. Pour cela, on ne cessera d'agir avec la plus grande prudence; on évitera les tractions brusques, les préhensions profondes avec les pinces, tout ce qui peut constituer un traumatisme en un mot, et on aura soin de ne pas réséquer la trompe trop au ras de l'utérus.

Si l'avortement a lieu, malgré ces précautions, il sera difficile, il est vrai, de discerner s'il est dû aux manœuvres opératoires, ou à la rupture du sac fœtal, ou aux deux influences combinées. En tout cas, étant prévenu, on pourra apporter plus de soin à sa méthode, et, dans les jours qui suivront surveiller davantage sa malade, surtout si elle accuse des douleurs abdominales et lombaires et si elle perd du sang. Enfin on agira sagement, croyons-nous, en pratiquant une asepsie minutieuse des voies génitales externes que l'on pourra toujours tamponner à la gaze iodoformée, avec certaines précautions.

Mais, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, une complication fréquente de la grossesse intra et extra-utérine simultanée, et qui vient encore assombrir le pronostic en ajoutant son traumatisme et son intoxication aux symptômes déjà existants, est la rétention placentaire, qui s'accompagne souvent d'infection. C'est une nouvelle indication à l'intervention, sous forme de curettage ou d'écouvillonnage, opérations qui donnent si souvent d'excellents résultats.

Mais l'infection peut avoir lieu de l'intérieur vers l'extérieur; il n'est pas rare de voir des hémato-cèles suppurées et des opérées présentant une élévation de température, sans qu'il y ait eu l'ombre d'une manœuvre externe. Peut-être, sous l'influence d'une parésie intestinale, suite de réaction péritonéale, des coli-bacilles ont-ils pu migrer à travers la paroi intestinale et venir coloniser dans le sang épanché... Quoi qu'il en soit, il faut encore intervenir. Mais sur cet accident, comme sur les autres complications tardives causées par la mort du fœtus ectopié, qu'elle soit récente ou ancienne, nous serons très bref : les procédés et indications opératoires restent sensiblement les mêmes que lors d'une grossesse ectopique banale.

TABLEAU
DES CAS DE GROSSESSE

intra et extra-utérine simultanée

Tableau des cas de grossesse intra

NUMÉRO	ANNÉE	AUTEURS	ÂGE DE LA FEMME	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	SIÈGE du FŒTUS ECTOPIQUE	TRAITEMENT
1	1708	Duverney.....	21	»	I pare	trompe gauche	»
2	1810	Mascagni	37	»	XIX pare	»	»
3	1811	Lachapelle.....	»	»	»	abdomen	»
4	1818	Cliet.....	30	»	Multipare	trompe et ovaire droits	»
5	1820	Goesmann.....	23	»	I pare	trompe et ovaire gauches	»
6	1834	Fr. Petrunti.....	36	»	VI pare	fosse iliaque droite	»
7	1834	Philipp Horn.....	30	»	I pare	sac péritonéal à gauche	»
8	1836	J. London.....	40	»	I pare	fosse iliaque gauche	»
9	1846	Whinnery.....	23	»	I pare	trompe	»
10	1846	G. Ambrosioni	28	»	I pare, II avort.	fosse iliaque droite	»
11	1847	Gordon	»	»	»	»	»
12	1848	Weber.....	28	»	»	»	»
13	1849	Craghead	35	»	I pare	trompe gauche	»
14	1851	Rosshirt	»	»	»	»	colpotomie
15	1853	Behm.....	»	»	II pare, II avort.	trompe droite	»

et extra-utérine simultanée

PRONOSTIC			AGE DES FŒTUS		BIBLIOGRAPHIE
MÈRE	Fœtus intra-utérin	Fœtus ectopique	Fœtus intra-utér.	Fœtus ectopique	
mort	mort	mort	»	»	Œuvres anatom. Paris, 1708.
guérison	avort. - mort	»	les deux fœtus contemporains		Soc. Ital. del Scienze. Verona, 1810.
mort	acc. prémât. mort	mort	6 mois	6 mois	Pratique des Accouch. XII, Paris, 1811.
mort	mort	mort	»	plus âgé que f. intra	Nouv. Journ. méd., chir., pharm. Paris, 1818.
mort 3 jours après accouchement	mort-né à terme	mort	à terme	»	Thèse inaugurale. Marburg, 1820.
guérison	mort	mort - expulsé par rectum	6 mois	7 mois	In Thèse Paccalin. Lyon, 1903.
»	viv ^t - à terme	»	à terme	7 mois	Medicin. Jahrb. K.K. oster. Staat. B. XV. Wien. 1834.
guérison	viv ^t - à terme	mort	à terme	»	New-York méd. Gaz., 1870.
mort	mort-né	mort - à terme	à terme	»	Ann. Journ. of méd. sciences, 1846.
»	viv ^t - à terme	»	à terme	»	Gaz. Méd. di Milano, t. V, 1846.
guérison	acc. prémât. mort	mort 2 jours av. accouch.	6 mois	6 mois	West. Journ. of méd. and surg., 1848.
guérison	vivant	mort	à terme?	4 mois	Zeit. d. Nord. Chir.-Ver. f. med. B. III. Magdeburg, 1848.
mort 3 mois après accouchement	mort	mort	2 mois	2 mois	Am. Journ. of med. sciences. Vol. XIX, 1859.
»	viv ^t - à terme	viv ^t - à terme	9 mois	9 mois	Lehr. d. Geburt. Erlangen, 1851.
mort	avort. - mort	mort - môle hydatique	»	»	Arch. f. Gyn. Bd. VII.

Tableau des cas de grossesse intra

NUMÉRO	ANNÉE	AUTEURS	ÂGE DE LA FEMME	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	SIÈGE du FŒTUS ECTOPIQUE	TRAITEMENT
16	1856	Bück	25	»	I pare	pavillon trompe droite	»
17	1856	Clarke	40	»	II pare	abdomen, juxta-utérin	»
18	1856	Lumpe.....	30	»	»	en arrière et à droite de l'utérus	»
19	1860	Tuffnell.....	»	»	I pare	trompe droite	»
20	1861	Pelischek	40	»	II pare	abdomen	extract. par forceps du foet. ectop.
21	1862	Pennefather.....	38	»	V pare	fosse iliaque gauche	»
22	1863	Cocke	39	»	IV pare	frange hypertroph. trompe droite	»
23	1867	Haderup.....	24	»	I pare	»	»
24	1870	H. Laudon.....	23	»	I pare	trompe gauche	»
25	1870	Satterthwait.....	31	»	III pare	»	»
26	1870	Sinks	23	»	I pare	»	»
27	1871	Abram Sager.....	»	»	»	trompe gauche	»
28	1871	Pollak	25	»	II pare	abdomen	»
29	1871	Moore et Sale	22	»	I paré	ovaire gauche	césarienne Hystérostomie
30	1871	Beach.....	28	»	II pare	»	laparotomie

t extra-utérine simultanée (suite)

PRONOSTIC			AGE DES FŒTUS		BIBLIOGRAPHIE
MÈRE	Fœtus intra-utérin	Fœtus ectopique	Fœtus intra-utér.	Fœtus ectopique	
mort au 3 ^e mois de grossesse	mort	mort	plus âgé que f. ectopique	»	Boston med. and Surg. Journ. 1855.
guérison	viv ^t - à terme	mort - résorbé	»	»	Med. Times and Gazette. London, 1856.
guérison	mort	mort	»	»	Woch. d. Zeits. d. K. K. Ges. d. Aerzte. Wien. 1856.
mort au 3 ^e mois de grossesse	mort	mort	3-4 mois	»	Dublin quat. Journ. of med. Science. 1862.
guérison	vivant?	mort-sphacélé	?	»	Öst. Reich. Zeits. ch. f. prat. Heilk. Wien., 1865.
guérison	mort-né	mort 3 mois apr. accouch.	à terme	»	The Lancet, I, 1863. London.
mort - péritonite	mort-né - à terme-version	mort	à terme	à terme	The Lancet, II, London, 1863.
guérison	viv ^t - forceps	mort	à terme	4 mois	Nord. Méd. Arch. II, 13, 1870.
mort - rupture tubaire	mort	mort	10 semaine.	10 semaine.	New-York Méd. Gaz. 1870.
guérison	mort-né - à terme - forceps	mort - expulsé 1 an après par l'anus	à terme	»	N.-Y. med. Journ., XVI. 1872.
guérison	acc. prémât. mort	mort - expulsé par le rectum	6 mois	»	Leaw. Med. Herald. 1873.
mort - péritonite	mort	mort	»	»	Ann. Journ. of méd. Sciences. 1871.
mort	viv ^t - à terme	mort	à terme	à terme	Saint-Louis méd. and-surg. Journ. 1871.
mort - septicémie	viv ^t - à terme	vivant	à terme ?	à terme ?	New-Orléans Méd. Journ. 1870.
guérison	avort. - mort	mort - résorbé	6 semaines	8 mois 1/2	Journ. of Gyn. Soc. of Boston. V.

Tableau des cas de grossesse intra

NUMÉRO	ANNÉE	AUTEURS	ÂGE DE LA FEMME	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	SIÈGE du FŒTUS ECTOPIQUE	TRAITEMENT
31	1871	Frank Arries.....	»	»	»	trompe et ovaire droits	»
32	1872	Starley.....	»	»	»	»	»
33	1872	James Marc Gee....	28	»	I pare	»	»
34	1873	J. Pogden	27	»	O pare	»	»
35	1874	Geelert.....	25	»	»	sac abdominal	incision de poche et drainage 6 mois après l'accouchement
36	1876	Rosset.....	27	»	I pare	fosse iliaque droite	»
37	1876	Dumellard.....	31	»	I pare	région sacro-lombre	»
38	1879	Brühl.....	39	»	VI pare	abdominal typique gauche	laparotomie
39	1880	Wilson	24	»	II pare	sac abdominal avec adhérences	laparotomie
40	1881	Galabin	36	»	II pare, I avort.	ovaire	laparotomie
41	1881	Pierson	33	»	IV pare, I avort.	ovaire et trompe droits	»
42	1885	Ahlfeld	34	»	I pare	fosse iliaque gauche	»
43	1888	Kelsey.....	32	»	VI pare	»	»
44	1889	Edis	38	»	»	»	laparotomie
45	1889	Harrmann.....	32	»	I pare	»	»

et extra-utérine simultanée (*suite*)

PRONOSTIC			AGE DES FŒTUS		BIBLIOGRAPHIE
MÈRE	Fœtus intra-utérin	Fœtus ectopique	Fœtus intra-utér.	Fœtus ectopique	
mort	avort. - mort	mort-sphacélé	2 mois	7 mois	The Lancet, II, London, 1871.
mort septiciémie 2 mois après accouchement	vivt - à terme	mort	à terme	à terme	New-York med. Journ., 1873.
guérison	mort-né à terme	mort-expulsé par l'anus	3 mois 1/2	3-4 mois	Richm. Louisville med. Journ., XIX, 1873.
guérison	vivant	mort - résorbé	à terme	2-3 mois	St-Louis med. and Surg. Journ., 1874.
guérison	vivt - à terme	mort - ouverture à l'ombilic	à terme	à terme ?	Paris médical, 1874.
guérison	mort - né à terme	mort - expulsé par l'anus	à terme	5 mois	The Amer. Practit. XVII, 1878.
guérison	vivt - forceps	mort lithopœdion	à terme	?	Journ. méd. et pharm., Isère, 1879.
mort	acc. prémat. mort	mort	7 mois	»	Arch. f. gyn., Bd XXX, 1887.
mort	acc. prémat. vivant	vivant	8 mois	à terme	Am. Journ. of obst., vol. XIII, 1880.
mort-hémorragie	mort - non décomposé	mort	les deux fœtus contemporains		Obstetr. Transact. Soc., XXXIII, 1881.
mort-péritonite	mort	mort	»	»	Hom. Journ. of obstetr., III, 1881.
guérison	vivant	mort - résorbé	à terme	»	Gebursch. Klinik, 3, Marburg, 1885.
guérison	acc. prémat. mort	mort	8 mois	»	Nashville Journ. of med. and surg., 1888.
guérison	mort	mort	5 mois	à terme ?	British. gynœk. Soc., 1889.
guérison	mort - né à terme	mort - résorbé	à terme	moins âgé que f. intra	Transact. of New-Hampshire med. Soc., 1890.

Tableau des cas de grossesse intra

NUMÉRO	ANNÉE	AUTEURS	ÂGE DE LA FEMME	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	SIEGE du FŒTUS ECTOPIQUE	TRAITEMENT
46	1890	Rosthorn.....	36		XII pare	trompe gauche	laparotomie
47	1891	Whitecomb.....	36	»	II pare	grossesse tubo-utér.	»
48	1891	Herzfeld.....	33	»	III pare, I avort.	ovaire droit	laparotomie
49	1891	Martin.....	40	»	III pare, I avort.	grossesse tubo-utér.	»
50	1891	Gutzwiller.....	35	»	III pare	»	laparotomie
51	1891	Worrall.....	»	»	- »	abdomen	laparotomie
52	1893	Kallmorgen.....	35	»	VI pare	trompe gauche	»
53	1893	Franklin.....	35	»	V pare	Douglas	hystérotomie
54	1894	Dikson.....	28	»	IV pare, III avort.	trompe gauche	laparotomie
55	1894	Otto-Küstner.....	31	»	I gross. gémeil.	trompe droite	laparotomie
56	1894	B. Cooke-Ilirst....	»	»	»	trompe droite	laparotomie
57	1895	Dem. Van Ott.....	36	»	IV pare	trompe droite	laparotomie
58	1895	Lotheissen.....	»	»	»	trompe droite	laparotomie
59	1895	Walther..	35	»	III pare, I avort.	trompe gauche	laparotomie
60	1895	Pestalozza.....	35	»	»	trompe droite	laparotomie

et extra-utérine simultanée (suite)

PRONOSTIC			AGE DES FŒTUS		BIBLIOGRAPHIE
MÈRE	Fœtus intra-utérin	Fœtus ectopique	Fœtus intra-utér.	Fœtus ectopique	
guérison	avort. - mort	mort - macéré	7 mois	»	Wien. Klinik, Wochensch., 1890.
»	»	»	les deux fœtus contemporains		New-York Journ. of. obs. and. Gyn. I., 1891.
guérison	viv ^t - à terme	mort - à terme	à terme	à terme	Wien. Klin. Woch., n° 13, 1891.
mort	avort. - mort	mort	5 mois	7 mois 1/2	Ann. of. Gyn. and Ped., 1891.
guérison	mort	mort	3 mois 1/2	8 mois	Arch. f. Gyn. XLIII, 1892.
guérison	viv ^t - à terme	viv ^t - à terme	9 mois	9 mois	British med. Journ., 1891.
mort	acc. prémât. mort	mort-extract. man. placenta	7 mois	7 mois	Zeitsch. f. Gyn. and geb., Berlin, 1893.
mort après l'opération	vivant	mort	à terme	à terme	British med. Journ. I, 1894.
»	avort. - mort	mort	4 mois	»	J ^{al} of Amer. med. assoc. XXII, Chicago, 1894.
mort œdème pulmon.	mort	mort	3 mois	5 mois	Univers. zu Dorpat, Wiesbaden, 1894.
mort	avort. - mort	mort	6 semain.	4 mois	Med. news Philadelphia LXIV, 1894.
guérison	vivant	vivant	à terme	à terme ?	Rechh. Tuben. b. gleich. norm. grav., Leipz. 1895.
guérison	avort. - mort	mort	2 mois	moins âgé que f. intra	Wien. Klin. Woch., 1895.
»	»	»	les deux fœtus contemporains		Zeitsch. f. Geburt, med. gyn., 1895.
guérison	»	»	»		Annali di obst. e gin., Luglio, 1895.

Tableau des cas de grossesse intra

NUMÉRO	ANNÉE	AUTEURS	ÂGE DE LA FEMME	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	SIÈGE du FŒTUS ECTOPIQUE	TRAITEMENT
61	1896	Crajin	23	»	I pare	trompe gauche	laparotomie
62	1896	Ludwig	35	»	VI pare	»	laparotomie
63	1896	Mitchell	30	»	II pare	trompe gauche	»
64	1896	Chrobak	38	»	VI pare	annexes gauches	laparotomie
65	1896	Moseley	»	»	»	trompe droite	laparotomie
66	1897	Royster	34	»	III pare	trompe	laparotomie
67	1898	Mathewson	»	»	»	à gauche de l'utérus	perforation par trocart
68	1898	Brook Wells	27	»	II pare	trompe droite	laparotomie
69	1898	Jeff. Miller	»	»	»	»	»
70	1899	Doktor	26	»	I avortement	fosse iliaque gauche	laparotomie
71	1899	Dittel	40	»	VI pare	trompe	laparotomie
72	1899	Richard Mond	28	»	V pare	trompe droite	laparotomie
73	1900	Hermès	30	»	III pare, I avort.	trompe gauche	laparotomie
74	1900	Strauss	34	»	III pare	trompe et ovaire	laparotomie
75	1900	Belaustegni	33	blennorr. cystite	III pare	trompe gauche	laparotomie

t extra-utérine simultanée (suite)

PRONOSTIC			AGE DES FŒTUS		BIBLIOGRAPHIE
MÈRE	Fœtus intra-utérin	Fœtus ectopique	Fœtus intra-utér.	Fœtus ectopique	
guérison	mort	mort	6 semaines	»	N.-Y. Journ. of obst. and gyn., III, 1896.
guérison	vivant	vivant	à terme	à terme	Wien. Klin. Woch., 1896.
mort	mort	mort	5-6 mois	moins âgé que f. intra	British. med. Journ., 1896.
guérison	vivant	vivant	à terme	à terme	In thèse Paccalin, Lyon, 1903.
»	»	»	3 mois	3 mois	Amer. Journ. of obst., 1896.
guérison	vivant	mort	à terme - 8 semaines contemporains		Amer. Journ. of obst., 1897.
guérison	vivant	mort - résorbé	à terme	»	Trans. of Calif. med. Soc., 1898.
»	mort	mort	»	»	Med. Record., III, New-York, 1898.
mort	avort. - mort	mort	3 mois	3 mois	New-Orléans med. and sur. Journ., 1898.
guérison.	mort	mort - macéré	»	»	Zentralbl. f. gyn., 1899, n° XXII.
»	mort - avort. après laparot.	mort	4 mois 1/2	»	Zentralbl. f. gyn., 1901, 1899.
»	»	avort. - mort	3 mois	5 mois	Münch. med. Wochenchr. XLVI, 1899.
guérison	acc. prématuré vivant	mort	7 mois 1/2	»	Deutsch. medic. Wochenchr., XXVI, 1900.
»	mort	mort	10 semain.	14 semain.	Zeitchr. f. geb. med. gyn. Bd XLIV, 1900.
guérison	avort. - mort	mort - rupture tubaire	3 mois	4 mois	Revist. Socied. med. Arg.-Buenos-Ayres, 1900.

Tableau des cas de grossesse intra

NUMÉRO	ANNÉE	AUTEURS	ÂGE DE LA FEMME	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	SIÈGE du FŒTUS ECTOPIQUE	TRAITEMENT
76	1901	Engström.....	29	»	IV pare	trompe droite	laparotomie
77	1901	Warnek.....	34	paramé- trite	IV pare, IV avort.	trompe gauche	laparotomie
78	1901	Khokhanow.....	31	»	VI pare	trompe droite	laparotomie
79	1901	Cantwell.	37	»	I pare, I avort.	trompe gauche	laparotomie
80	1901	Boyd	29	»	III pare	trompe droite	laparotomie
81	1902	Pollosson.....	33	»	II pare, III avort.	trompe droite	laparotomie
82	1902	Moulonguet.....	28	métrite	II pare, I avort.	trompe gauche	laparotomie
83	1902	Rivet	32	»	I pare	trompe gauche	laparotomie
84	1902	Weiss.....	28	»	II pare	poche abdom. adhé- rente à la paroi	laparotomie
85	1902	Zinke	»	»	»	trompe	coeliotomie
86	1902	Perkins.....	»	hystérie ovarite appendicite	»	»	laparotomie
87	1903	Balfour Marshall ...	»	»	»	trompe	lapar. - Hysté- rectomie
88	1903	E. Meyer.....	34	nuls	»	Douglas	extract. artill. placenta intra-ut. - Colpotomie - Ponction kyste fœtal
89	1903	E. Meyer.....	25	nuls	I pare - forceps	abdomen	laparotomie
90	1903	Geyl.....	35	»	I pare	abdomen ?	laparotomie

t extra-utérine simultanée (suite)

PRONOSTIC			AGE DES FŒTUS		BIBLIOGRAPHIE
MÈRE	Fœtus intra-utérin	Fœtus ectopique	Fœtus intra-utér.	Fœtus ectopique	
guérison	mort	mort	3 mois	4 mois	Gleichz. extra-ut. méd. intra-ut. Schwangers-Berlin, II, 1901.
guérison	vivant	mort	à terme	6 mois	Medicinskij obozrence. Moskou, 1901, n° 2.
guérison	mort	mort	3 mois	4 mois	Journ. Akush i Jensk Bo-liez. Petersb., 1901.
guérison	mort	mort	3 mois	3 semaines	Med. Rec. New-York, 1901.
guérison	vivant	mort	à terme	même âge	British. med. Journ., oct. 1901.
guérison	mort - avort.	mort	3 mois	non retrouvé	In thèse Paccalin. Lyon, 1903.
guérison	vivant	mort	à terme	2 mois contemporains	Gaz. Méd. Picardie. Juin 1902, n° 6.
mort - infection puerpérale	mort	mort	2 mois 1/2	2 mois 1/2	Observation personnelle,
guérison	vivant - acc. prémat.	mort	6 mois	»	In Bichat : Rev. gyn. et chir. abdom. Paris, 1903.
guérison	vivant-à terme 290 jours	mort	à terme - contempor.		Am. Journ. of Obstetr. Mai, 1902.
guérison	acc. prémat. artificiel	mort	les deux fœtus contemporains		Boston med. and Surg. Journ. 1902.
mort	mort	mort	3 mois - contempor.		Journ. of obst. and gyn. of Brit. Emp. 1903.
guérison	mort	mort	10 sem ^{nes}	10 sem ^{nes}	Zentr. f. Gynæk. Leipz., 1903.
guérison	avort. - mort	mort	4 à 5 sem.	»	Zentr. f. Gynæk. Leipz., 1903.
mort	mort	mort	»	4 mois	Zentr. f. Gynæk. Leipz., 1903.

Tableau des cas de grossesse intra

NUMÉRO	ANNÉE	AUTEURS	ÂGE DE LA FEMME	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	SIÈGE du FŒTUS ECTOPIQUE	TRAITEMENT
91	1903	Morrisson.....	33	»	I pare, IV avort.	tubo-utérine	délivrance artificielle
92	1903	Reifferscheid.....	26	nuls	»	trompe	laparotomie
93	1904	Anthony.....	23	»	»	trompe gauche	»
94	1904	Simpson.....	»	»	»	»	laparot. ablat. kyste foetal
95	1904	Potéenko.....	»	»	»	trompe	laparotomie

t extra-utérine simultanée (suite)

PRONOSTIC			AGE DES FŒTUS		BIBLIOGRAPHIE
MÈRE	Fœtus intra-utérin	Fœtus ectopique	Fœtus intra-utér.	Fœtus ectopique	
guérison	mort-expulsé par le vagin	mort-expulsé par le vagin	10-12 sem.	10-12 sem.	N.Y. med. Journ., 1903
non encore accouchée	»	»	la grossesse continue	3 mois	Zentr. f. Gynœk. Leipz. 1903.
mort	mort	mort à terme macéré	7 mois	à terme	British med. Journ. Jan- vier 1904.
guérison	vivant	mort	à terme	»	Am. Journ. of obst., 1904.
?	mort	mort	3 mois	6 mois	Journ. Akush. Jensk. Bol. Péttersb., 1904.

OBSERVATION II

Un cas de grossesse double, intra-utérine et ectopique

(E. F. BELAUSTEGNI. *Rev. Sociéd med. arg.*, Buenos-Ayres, 1900)

Femme de 33 ans, italienne, mariée, cuisinière.

Ses antécédents héréditaires manquent d'intérêt. Réglée à 14 ans, elle se marie à 18. Trois mois après son mariage, elle a eu un fils, lequel vit, bien portant. Pendant l'allaitement de cet enfant, elle eut une blennorrhagie, compliquée de cystite. Trois ans plus tard, elle eut un fils qui mourut quelques jours après sa naissance. Presque à la même époque, ses règles devinrent irrégulières et variables en quantité, quelquefois peu abondantes et douloureuses. Elles manquèrent complètement en juin, juillet et août, ce qui, joint à d'autres symptômes, fit comprendre à la femme qu'elle était enceinte.

Le 23 septembre, elle ressentit de fortes douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, et après une métrorrhagie abondante, elle avorta, le 24, d'un fœtus de 3 à 4 mois, au dire de la sage-femme qui l'assista. La délivrance ne se fit pas, et pendant les quelques jours qui suivirent, la femme eut des pertes sanguines, suivies de lochies fétides, ce qui la décida à entrer à l'hôpital le 12 octobre.

L'état de la malade à son entrée est mauvais.

Température : 39. Pouls : 120, régulier, mais faible. Frissons. Le lendemain, extraction d'un placenta dans un état de putréfaction avancée, très fétide, et correspondant

par ses dimensions à un fœtus de 3 à 4 mois. Le curettage fut nécessaire pour extraire les parties adhérentes. Le lendemain, lavage intra-utérin, ovules d'ichtyol et injections. La température retombe, l'état général s'améliore.

Cinq jours après cette intervention, la malade passe une mauvaise nuit ; elle a des frissons, de la fièvre, de fortes douleurs dans le bas-ventre, principalement à gauche où l'on constate une tumeur d'un volume d'une orange, facilement accessible, lisse et peu douloureuse au toucher. L'infection récente, jointe à l'apparition brusque des douleurs, faisaient pencher le diagnostic vers une lésion suppurative. Mais la tumeur et son volume firent plutôt croire à un foyer hémorragique venant de la trompe.

On propose une laparotomie que la malade refuse. On a recours alors au traitement médical, et le 24 octobre, guérie de ses douleurs, mais conservant sa tumeur, de même volume, la malade reçoit son exeat.

Le 8 novembre, elle réintègre l'hôpital, disant que jusqu'au 30 octobre, elle avait souffert de légers malaises ; que ce jour-là, à 7 heures du matin, elle avait de nouveau ressenti de violentes douleurs accompagnées de frissons, et qu'elle avait eu une syncope dont elle ne peut déterminer la durée. Elle s'aperçut alors que la tumeur s'était beaucoup développée. Depuis, les douleurs, de plus en plus fortes, l'obligèrent à s'aliter, la marche et même la station assise lui étant très pénibles. Dans ces conditions, elle se résigne à rentrer à l'hôpital, réclamant l'opération qu'elle avait naguère refusée.

Très anémiée et très amaigrie, car les douleurs d'une part, et les troubles gastro-intestinaux d'autre part, l'ont empêchée de s'alimenter suffisamment, elle a en outre des mictions douloureuses et est habituellement constipée. La

veille, elle a eu des vomissements qui ont duré 48 heures environ.

A l'inspection et à la palpation abdominales, on trouve, occupant le bassin et surtout la fosse iliaque gauche, une tumeur augmentée de volume, irrégulière, dure et peu douloureuse à la pression. Au toucher, on trouve un col ramolli et dévié à droite, ainsi que tout l'utérus. Occupant le fond du Douglas, et tout le petit bassin, en relations intimes avec la matrice qui est comme englobée dans le petit bassin, on constate une tumeur irrégulière, rénitente, fluctuante en quelques points.

Laparotomie le 10 novembre. A l'ouverture de l'abdomen, on constate une congestion très marquée des organes pelviens. Le péritoine qui revêt la tumeur est épaissi et couvert d'exsudats fibrineux, transformés en partie en fausses membranes qui ont créé des adhérences avec les organes voisins. En détruisant ces adhérences, le péritoine se déchire, donnant issue à un grand nombre de caillots parmi lesquels se trouve un fœtus macéré de 3 à 4 mois. Le placenta, décollé en partie, finit par se détacher avec la plus grande difficulté. La trompe gauche, très altérée, occupe la partie supérieure de la tumeur, et l'ovaire, dans sa partie supérieure, a un corps jaune volumineux. La trompe est œdématisée, hypertrophiée et déchirée dans les 2/3 de sa longueur. Elle forme la paroi supérieure du sac qui est constituée, dans le reste de son épaisseur, par les feuilletts péritonéaux séparés du ligament large. Le sang épanché présente une variété d'aspect qui indique les différentes époques de l'hémorragie, depuis le caillot qui entoure immédiatement le fœtus, jusqu'au sang liquide récemment épanché. Par suite des adhérences intimes du sac hémorragique avec les organes voisins, surtout les intestins, son extirpation est impossible.

Après avoir évacué les caillots et assuré l'hémostase, on soutient et on isole le sac par un pansement à la Mikuliks. et on procède à la fermeture de la plaie abdominale, par une série de plans séparés, au catgut.

28 jours après l'opération, la malade sortit guérie.

OBSERVATION III

Cas de grossesse intra-utérine et extra-utérine.

G. ZINKE. *Amer. journal of obst.*, 1901.

Le cas examiné peut se résumer ainsi :

Grossesse extra-utérine venant compliquer une grossesse normale. Pas d'antécédents. Cœliotomie. Guérison. Pas d'interruption dans la marche de la grossesse intra-utérine. L'accouchement a lieu à terme.

La malade eut, de mars en juin 1899, de violentes douleurs dans le bas-ventre. Un examen rapide fit décider une intervention immédiate. Quarante jours après, la malade était guérie. Elle accoucha en décembre, la grossesse ayant duré 290 jours. Tout se passa normalement.

L'auteur décrit la trompe enlevée. Elle présente un grand intérêt en ce sens que les coupes microscopiques y montrent la formation de villosités placentaires et la formation de divers organes du fœtus.

OBSERVATION IV

Un cas de grossesse double, extra-utérine et intra-utérine.

BOYD, *British med. journ.*, Oct. 1901.

M^{me} X, 29 ans, entra à l'hôpital le 19 mars 1897, pour métrorrhagie. Elle était mariée depuis 10 ans et avait eu

2 enfants : l'un il y a dix ans, l'autre il y a quatre ans. — Le premier accouchement nécessita l'emploi du forceps ; elle n'eut jamais de fausse couche. Elle fut réglée pour la dernière fois le 1^{er} janvier 1897, et les pertes furent peu abondantes. Elle n'eut pas ses règles à la date normale de février, mais le 9 de ce mois elle eut une légère perte d'eau colorée qui disparut bientôt, mais se reproduisit le 19 février. A ce moment la malade éprouva des douleurs et se sentit fatiguée, mais ne garda pas le lit, et la perte cessa de nouveau. Le 21 février elle souffrit fortement de vomissements et de diarrhée ; elle eut une hémorragie et de nouvelles douleurs. Elle fut examinée par un médecin et garda le lit pendant 10 jours. Le 9 mars elle consulta de nouveau et on trouva derrière le cul-de-sac droit une tumeur douloureuse, mal délimitée, de contours vagues. Elle fut envoyée à l'hôpital. La malade affirmait n'avoir pas perdu de caillots, mais quelques rares membranes, en prenant des injections.

A l'examen, l'abdomen paraissait flasque et relâché, avec une ligne noire très marquée. Une masse, formée par le fonds élargi et ramolli de l'utérus, mesurant, autant qu'on en pouvait juger par le palper bimanuel, environ 3 pouces 1/2 à 4 pouces, remplissait l'hypogastre et s'inclinait un peu à gauche de la ligne médiane. Le cul-de-sac de Douglas était occupé par une tumeur dure, lisse et arrondie, en relation étroite avec l'utérus et mobile avec lui. Cette masse s'élevait entièrement en dehors du rebord pelvien du côté droit, mais à gauche on pouvait passer le doigt entre elle et le bord du bassin, et on trouvait là l'ovaire gauche.

Un diagnostic de grossesse tubaire droite, repoussant l'utérus en avant et à gauche, fut alors porté. Je ne pus élucider clairement si un avortement tubaire avait eu lieu avec production d'hématocèle dans le cul-de-sac de Dou-

glas et autour de la trompe droite, ou si la trompe n'était pas rompue, mais seulement distendue par un caillot.

Comme l'hémorragie et les douleurs disparaissaient par le repos au lit, on décida de faire attendre la malade et de voir si l'œuf continuerait à se développer, ou si, ayant péri, il resterait stationnaire. Comme on reconnaissait qu'une opération pourrait à tout moment devenir nécessaire, elle fut transportée dans mon service de chirurgie.

Lorsque je l'examinai pour la première fois, le volume de l'utérus n'était pas plus considérable que celui qui accompagne une grossesse tubaire en général, mais en continuant à l'observer on put noter que l'utérus continuait à se développer, tandis que la tumeur située au-dessous de lui semblait plutôt diminuer, la question se posait de nouveau : Le premier diagnostic était-il exact ? Ou avions-nous affaire à une grossesse normale, avec menace de fausse couche, compliquée d'une tumeur pelvienne de nature quelconque, autre qu'une grossesse tubaire, peut-être un fibrome, peut-être un kyste dermoïde adhérent ?... A la fin de mars, le Dr Cullingworth examina très soigneusement le cas avec nous, il fut d'avis qu'il y avait grossesse normale, mais ne put définir la nature de la tumeur pelvienne : en somme il penchait pour une grossesse tubaire non rompue.

Il était évident que la tumeur pelvienne apporterait un sérieux obstacle au développement ultérieur de la grossesse. Il fut décidé, en conséquence, d'introduire un hystéromètre avec toutes les précautions antiseptiques de rigueur, en vue d'éclairer le diagnostic et d'amener un dénouement. La sonde pénétra de 4 pouces 1 2 dans la cavité utérine mais ne montra aucun agrandissement de cette cavité et entra avec évidence dans la corne droite d'un utérus gravidé : on constata que l'utérus était mobile séparément de la tumeur pelvienne.

Il ne résulta rien du passage de l'hystéromètre, et la laparotomie fut pratiquée le 2 avril.

L'utérus ramolli, rouge et vascularisé, et probablement gravidé se présenta dans la plaie et fut aussi peu manié que possible. La trompe droite dilatée, de la grosseur d'une petite orange, était libre de toute adhérence à la paroi pelvienne et au côté droit de l'utérus. Elle fut enlevée avec l'ovaire. L'ovaire et la trompe gauche étaient sains et dépourvus d'adhérences, et on n'y toucha pas. La paroi abdominale fut suturée par plans, l'opération n'ayant duré que 20 minutes.

La partie enlevée comprenait la trompe droite, dilatée par un caillot de la grosseur d'une orange. Ce caillot contenait en un point un kyste du volume d'une amande. Mais on n'y trouva ni fœtus, ni membranes. L'examen microscopique du caillot y révéla de très nombreuses villosités choriales.

La malade recommença à perdre après l'opération et on lui donna de l'opium en vue de s'opposer à l'avortement. La perte cessa dans les vingt-quatre heures et la malade sortit de l'hôpital, complètement guérie, trois semaines après.

L'utérus continua à augmenter de volume, et en juin on percevait les bruits du cœur fœtal. Le 21 juillet, au 6^e mois, il se produisit une hémorragie subite qui ne dura que très peu et disparut par le repos au lit. Le 31 octobre elle accoucha d'une fille qui pesait 7 livres 1/2. Le travail dura 6 heures 1/4 et se passa sans aucun accident.

La femme a eu depuis une autre grossesse normale et accoucha, en juin 1900, d'un bel enfant mâle. Elle est actuellement parfaitement bien à tous égards.

OBSERVATION V

Un cas de grossesse intra et extra-utérine simultanée

PERKINS. *Boston med. and surgery Journal*, 1902 (V-CXLVI, n° 12)

Il s'agit d'une femme hystérique, présentant des zones hystérogènes très nettes, ayant souffert d'ovarite chronique et d'appendicite. L'auteur décrit les antécédents et les commémoratifs, puis l'état actuel de la malade, il insiste sur la difficulté d'un diagnostic précis.

L'opération est décidée et pratiquée en décembre 1900. Elle consiste à extraire le sac extra-utérin, en respectant l'utérus.

En janvier 1901, la femme fut prise des douleurs de l'enfantement ; il fallut dilater le col et extraire le fœtus utérin.

Quinze jours après la malade sortit guérie. L'auteur examine la coexistence des troubles dûs à la grossesse et aux affections coexistantes, et qui rendaient le diagnostic difficile. Il fait quelques remarques sur le rôle d'une petite partie de tissu ovarien dans la genèse de ces phénomènes et sur la relation entre l'ovarite et l'appendicite consécutive.

OBSERVATION VI

Grossesse intra-utérine et ectopique simultanée

F. W. CANTWELL. *New-York med. Rec.* Avril 1901.

Femme de 37 ans. — Antécédents : scarlatine et coqueluche. Régliée à 16 ans très normalement, à part une légère dysménorrhée. Mariée à 23 ans. Un premier accouchement

nécessita l'emploi du forceps et l'anesthésie chloroformique. Il y a 21 mois la femme fit une fausse-couche de 7 mois, de cause inconnue.

Examen le 1^{er} janvier 1901. — Environ 4 semaines auparavant cette femme avait été prise de nausées et de vomissements en même temps que de douleurs aiguës dans le bas-ventre revenant avec intermittences tous les deux jours. Depuis la fausse-couche, qui date de 21 mois, les règles sont normales. Les dernières remontent au 8 décembre 1900. Depuis ce temps la femme nota une perte très légère.

A l'examen, l'utérus a les dimensions d'une grossesse de 10 semaines. Le col est ramolli et augmenté de volume, déhiscent. A gauche existe une petite tumeur, sensible à la palpation.

Après avoir songé à une grossesse ectopique, on diagnostique une grossesse normale et on prescrit un traitement antivomitif.

Pouls : 90. — Temp. : 99° F.

La douleur et les vomissements persistent jusqu'au moment où la malade se voit dans l'obligation de s'aliter. Le 14 janvier, l'auteur nota un peu d'amaigrissement, sans symptômes d'hémorragie. La malade eut pourtant une perte accompagnée de membranes provenant de l'utérus. L'exploration digitale amena un peu de mucus noir et épais, sanguinolent et mêlé de membranes. L'utérus n'a guère augmenté de volume, mais la tumeur s'est manifestement accrue. Le col est en arrière, vers le sacrum, son orifice est largement déhiscent. Le fond de l'utérus fait saillie sur le paroi abdominale amincie et semble très à droite de la ligne médiane. On peut même dessiner son contour. Le toucher combiné, vaginal et rectal, permet d'atteindre, du côté gauche, une tumeur mollassse, douce au toucher, très sensible et mal limitée.

L'auteur, à ce moment, porta le diagnostic de grossesse ectopique. Son doigt, introduit dans la cavité utérine, ne rencontra que la paroi recouverte de sa muqueuse.

La malade se plaignant d'une sensation de plénitude et de pression vers le rectum et de la fréquence de ses mictions, devenues douloureuses, l'auteur résolut d'opérer.

A l'arrivée à l'hôpital, on note quelques signes d'hémorragie. Puls : 120. Temp. : 99 3/4 F. La malade semble très affaiblie. Un examen pratiqué 2 heures avant l'opération dénote un accroissement très appréciable de la tumeur, dû aux caillots contenus dans le bassin.

Laparotomie le 17 janvier au matin. Une incision pratiquée à la partie inférieure du péritoine, découvrit dans le bassin de vieux caillots noirs mêlés à du sang liquide. Ces caillots évacués, on trouva la trompe gauche distendue, mesurant 4 pouces sur 2. Sa paroi était très amincie et ne semblait recouverte que par son péritoine brillant et distendu. La trompe n'était pas rompue et le sang épanché provenait de son *ostium abdominale* ouvert et contenant un caillot qui bouchait son orifice. Les artères utérines et ovariennes une fois pincées, on enleva la trompe et son contenu.

L'auteur remarqua, au cours de la laparotomie, que l'utérus était plus volumineux que dans la grossesse ectopique en général. Mais il n'entra pas dans son esprit qu'il put contenir un fœtus de 3 mois.

Le 18 janvier, à 10 heures du matin, la patiente expulsa sans douleur ni difficulté, sans même s'en apercevoir, un fœtus de 3 mois qui semblait avoir vécu la veille. Le 19, le placenta fut expulsé intégralement avec ses annexes. En même temps on trouva, distincte du sac fœtal, mais se continuant avec le bord du placenta, la partie de la caduque qui avait doublé la portion utérine non occupée par la placenta.

La tumeur était constituée par une trompe très dilatée, contenant un caillot très dur, presque organisé. Au centre de ce caillot, entourée d'une membrane brillante très délicate, était une cavité contenant un fœtus minuscule, âgé de 2 ou 3 semaines, ramolli et macéré, et qui dans l'eau se désagrégea. L'ovaire extirpé contenait un corps jaune.

L'ovaire et la trompe sains furent respectés.

La patiente quitta l'hôpital, en bonne santé, le 16 février.

OBSERVATION VII

(E. MEYER. *Zentralblatt f. gynæk.* Leipzig, 1903)

Femme de 34 ans, sans antécédents, bien constituée et bien réglée. Quelques semaines après la cessation des règles, douleurs et symptômes de compression dans le bas-ventre.

A l'examen on trouve l'utérus devant la symphise. Le doigt pénètre facilement dans l'orifice du col, et rencontre dans la cavité utérine, un corps mou et spongieux. Dans le cul-de-sac de Douglas on sent une tumeur arrondie de consistance ferme et tendue.

Expulsion d'un fragment de placenta à l'aide de la pince à faux germes. Glace, opium.

Temp. : 38°,2. Pouls : 100. Pas d'ascite.

Dans la suite on constate que la tumeur située dans le Douglas augmente de volume ; on la ponctionne à l'aide d'un trocart, par le vagin, et la ponction amène des caillots.

Quelques jours après la température est de 39, le pouls à 120. La tumeur fait pression dans la paroi vaginale, à

travers l'orifice produit par le trocart, et fait procidence à la vulve. Une incision de 4 centimètres environ amène 1,100 à 1,200 centimètres cubes de sang caillé et décomposé qui avait été la cause de l'infection.

Trois jours après, un nettoyage énergique de la cavité utérine avec de l'eau chlorurée amène par l'ouverture produite par l'incision une masse sombre que l'on extirpe, à l'aide de pinces et que l'on reconnaît être un placenta complet d'environ 10 semaines.

Mort du fœtus intra-utérin.

Mort du fœtus extra-utérin.

Guérison de la mère.

OBSERVATION VIII

(E. MEYER. *Zentralblatt f. gynæk.* Leipz., 1903)

Femme de 25 ans, saine et vigoureuse. Pas d'antécédents morbides. Un premier accouchement a nécessité l'emploi du forceps. Actuellement, après quelques malaises, expulsion spontanée d'un œuf complet semblant âgé de 4 à 5 semaines, que l'on trouve au milieu de caillots.

Temp. : 38°,5. Pouls : 100.

L'hémorragie cesse; mais la nuit suivante la femme éprouve des douleurs assez vives dans le bas-ventre, en même temps que des symptômes de compression. Le palper combiné au toucher vaginal permet de découvrir et de délimiter assez facilement, à droite et en arrière de l'utérus, une tumeur assez grosse, arrondie et tendue. Une ponction exploratrice est faite : on ramène une seringue pleine de sang noir.

Laparotomie.

A l'ouverture du ventre, on tombe sur le kyste fœtal.

Les trompes étaient saines et normales. On resèque l'appendice. Guérison.

Mort du fœtus intra-utérin.

Mort du fœtus extra-utérin.

Guérison de la mère.

OBSERVATION IX

(J.-B. MORISSON. New-York, *Med. jour.*, juin 1903).

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, ayant déjà eu une grossesse à terme et quatre avortements. Actuellement elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre.

Température : 105 F. Pouls : 100.

L'examen de l'abdomen et le toucher vaginal révèlent un utérus normalement placé et de la grosseur d'une orange. Pas de météorisme.

Après cinq jours de douleurs, la femme est prise d'une métrorrhagie abondante qui se termine par l'expulsion d'un premier fœtus. Au moment de l'examen pratiqué par le médecin, se produit l'expulsion d'un second fœtus, présentant, ainsi que le premier, un développement correspondant à 10 ou 12 semaines.

L'hémorragie persistant, l'auteur se décide à explorer la cavité utérine, d'autant plus que le placenta n'est pas expulsé.

L'examen digital montre que les parois utérines sont partout lisses ; mais du côté droit l'utérus pénètre dans une cavité sur les bords de laquelle on sent une masse lisse et arrondie dont le bord semble inégal et granuleux. C'était le placenta *in situ*.

Délivrance artificielle. Suites à peu près normales.

L'auteur, se reportant à la classification de Beehman, conclut qu'il s'agit ici d'une grossesse interstitielle ou tubo-utérine, compliquant une grossesse utérine.

OBSERVATION X

(Ch. REIFFERSCHIED. *Zentralblatt f. gynæk.*, Leipz., 1903)

Femme de 26 ans, bien constituée. Pas d'antécédents obstétricaux. Bien réglée.

Elle est prise de douleurs dans le bas-ventre, sans accompagnement d'hémorragie. Les mamelons laissent sourdre un peu de colostrum.

Au palper, on trouve un utérus gravide d'environ 3 mois et en antéflexion. A gauche de l'utérus, on sent une tumeur de la grosseur du poing et dont on ne peut facilement délimiter le contour. Cette tumeur ne semble pas avoir contracté d'adhérences. Le cul-de-sac de Douglas est libre.

L'auteur pose le diagnostic de grossesse extra-utérine située à gauche. En même temps l'examen de l'utérus et le fait qu'il n'y a pas d'hémorragie font conjecturer une grossesse intra-utérine.

On décide une laparotomie.

L'opération met à découvert un utérus gravide de 3 mois environ. A gauche de l'utérus, on tombe sur une tumeur molle de la grosseur d'un œuf d'oie. L'opération démontre qu'il y a eu avortement tubaire et permet d'établir très vraisemblablement le diagnostic de grossesse intra-utérine.

Dans la suite, l'accroissement progressif de l'utérus à partir du moment de l'opération, accroissement qui correspond à différentes dates de la grossesse, apporte la

certitude qu'il s'agissait bien d'une grossesse à la fois intra et extra-utérine.

OBSERVATION XI

(GEYL. *Zentralblatt f. gynæk.*, Leipz., 1903).

Femme de 35 ans, primipare, enceinte de quatre mois. Le volume du ventre correspondait à une grossesse de 8 mois, bien que les autres symptômes indiquassent une grossesse de 4 mois 1/2 environ.

Par la palpation et la percussion, on délimita une tumeur piriforme, peu mobile, élastique, remontant en haut jusqu'au creux épigastrique et disparaissant en bas dans le petit bassin. Dans cette tumeur, on sentait, à droite, à la hauteur de l'ombilic, des petites parties fœtales. En arrière et à droite du col épais et ramolli, on percevait une tumeur élastique, demi-solide, se prolongeant par delà la ligne médiane vers le côté gauche et que l'opération montra plus tard être le placenta de l'œuf extra-utérin.

A gauche du col se trouvait une masse résistante, dure et arrondie, ressemblant à une tête fœtale.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine s'imposait.

Laparotomie.

L'opération permit de découvrir un fœtus du sexe féminin, de 4 mois, rattaché par un cordon au placenta situé sur le plancher pelvien, à droite de l'utérus. Deux jours après l'opération, on trouva hors de la vulve, et baignant parmi des caillots, un petit œuf intact, du volume d'une petite orange. On sentit alors un utérus augmenté de volume, mou, en antéflexion, presque médian et insensible à la pression.

La malade mourut.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

L'autopsie et l'examen microscopique de la caduque et de l'œuf tout entier firent ressortir que cette caduque diffère peu ou pas de celle qu'on trouve dans l'utérus en cas de grossesse extra-utérine.

OBSERVATION XII

W. W. POTÉENKO. *Journ. Akoush-i Jensk. Bol.* St-Petersb., 1904

L'auteur rapporte un cas de grossesse tubaire et intra-utérine simultanée.

L'intérêt de ce cas consiste en ce que cette double grossesse simultanée s'est produite à deux époques différentes, ce que l'on constate d'après la grosseur des œufs fécondés. De l'examen pratiqué, on peut conclure que la grossesse tubaire, qui paraît remonter à 3 mois, a devancé la grossesse intra-utérine ; cette dernière correspond au 6^e mois environ.

Cette observation confirme la possibilité de l'ovulation et de la fécondation d'un second œuf alors qu'existait déjà une grossesse à la période du début, et la possibilité pour cet œuf de se développer ultérieurement dans l'utérus en même temps que se développe l'œuf situé dans la trompe.

OBSERVATION XIII

Un cas de grossesse ectopique compliquant une grossesse normale : douleurs, suicide

R. W. ANTHONY. *British med. journ.*, janvier 1904

L'auteur fut demandé en décembre 1903 pour faire l'autopsie d'une femme Hindoue, âgée de 23 ans, suicidée. Elle avait, disait-on, souffert de douleurs atroces dans le bas-ventre, douleurs qui l'avaient poussée au suicide, et on demandait l'explication de ces douleurs.

L'histoire de la malade fut imparfaitement rapportée par le mari. Sa femme, disait-il, s'était crue enceinte il y avait un an. Son ventre s'était développé dans des proportions considérables, lorsque, sans rien qui ressemblât à des douleurs, à une hémorragie, à du collapsus, le gonflement se mit à diminuer progressivement, sans toutefois disparaître complètement. Quelques mois plus tard, on remarqua que son ventre recommençait à se développer; et pendant les deux derniers mois, cette femme avait atrocement souffert de douleurs abdominales et de vomissements.

En ouvrant l'abdomen on trouva un fœtus de 7 mois qui semblait être mort en même temps que sa mère. Dans la région de la trompe gauche existait un pont de tissu de l'épaisseur du pouce qui reliait l'utérus à un autre sac de gestation occupant la côte gauche de la cavité abdominale. En ouvrant ce sac on trouva un fœtus à terme dont la peau commençait la transformation adipeuse. Il n'y avait pas de liquide amniotique, et le placenta dégénéré, à peu près de la dimension et de l'épaisseur d'une paume de main, était inséré près du pédicule du sac de gestation. Une large partie de l'épiploon était adhérente à la poche fœtale, mais

pouvait facilement en être séparée. L'intestin grêle, aussi, était adhérent en trois endroits.

L'auteur croit que les douleurs et les vomissements, chez cette femme, pouvaient s'expliquer par la traction de l'utérus gravide et dilaté sur ces adhérences, c'est-à-dire sur la trompe gauche. La diminution du volume du ventre après la mort du premier fœtus, était due, sans doute, à la résorption graduelle du liquide amniotique.

OBSERVATION XIV

Grossesse simultanément intra et extra-utérine.

SIMPSON. *Amer. Journ. of. Obst.*, Mars 1904.

Femme jeune, vigoureuse et bien constituée, atteinte de blennorrhagie déjà ancienne. Trois mois environ après la cessation de ses règles, elle éprouve une douleur violente dans le bas-ventre. Intervention rapide. La laparotomie permet de constater une rupture tubaire avec expulsion du fœtus que l'on trouve dans le bassin, mêlé à des caillots et à du sang. On enlève la trompe rompue et le fœtus. L'opération est suivie d'une heureuse convalescence et dans la suite d'un accouchement normal.

OBSERVATION XV

Cas de rupture de grossesse tubaire coexistant avec une grossesse gémellaire intra-utérine.

BALFOUR MARSHALL. *Journ. of. obst. a. Gyn. of. Br. Emp.* 1904.

Il s'agit d'une femme qui, en avril 1899, présenta des symptômes qui nécessitèrent son admission à la clinique :

violentes douleurs abdominales accompagnées de pâleur, faiblesse du pouls, tendance à la syncope, symptômes qui firent diagnostiquer une rupture de grossesse tubaire. Une tumeur est perceptible à la palpation dans le bas-ventre. On décide d'intervenir.

Laparotomie qui permet de trouver un fœtus de 3 mois bien développé dans la cavité abdominale. L'hystérectomie est jugée nécessaire.

Mort de la patiente quelques jours après l'opération. Autopsie. — L'ouverture de l'utérus y découvrit deux fœtus de 3 mois environ, contemporains, bien constitués.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse gémellaire intra et extra-utérine simultanée, malgré le nombre relativement important des observations publiées jusqu'à ce jour, est un fait encore rare et peu étudié.

II. — Sa fréquence, par rapport aux autres grossesses sera difficile à évaluer tant qu'on n'aura pas apporté à cette étude des données certaines et absolument scientifiques. Ce que l'on peut toutefois vraisemblablement affirmer dès aujourd'hui, c'est sa plus grande fréquence par rapport à la grossesse gémellaire ectopique.

III. — L'étiologie de cette variété de grossesse gémellaire est incertaine, tant au point de vue des antécédents obstétricaux que pathologiques.

Au point de vue pathogénique nous en sommes encore réduits à des hypothèses, qui, toutefois semblent très rationnelles.

La coïncidence d'évolution d'une grossesse uté-

rine ne modifie en rien l'anatomie pathologique de la grossesse ectopique.

IV. — Chacune de ces grossesses exerce sur l'autre une influence réelle. Elles sont une complication réciproque l'une de l'autre.

V. — Leur diagnostic, presque impossible dans les premiers mois, en l'absence d'un accident, est quelquefois possible à partir du 5^e mois. Il est plus facile lorsqu'on approche du terme.

Difficile encore lors d'une rupture du kyste ectopique dans les trois premiers mois, il doit être fait lorsque cette rupture a lieu à partir du cinquième.

Très souvent la découverte de la grossesse utérine constitue une surprise pour l'opérateur.

VI. — L'évolution est très variable : tantôt les deux fœtus succombent, ce qui est la terminaison la plus habituelle ; tantôt l'un d'eux peut continuer son évolution ; plus rarement enfin, les deux fœtus vont à terme.

VII. — Le pronostic, très sombre autrefois, se trouve aujourd'hui considérablement éclairé par suite des progrès du diagnostic et de la chirurgie, et de la possibilité d'une intervention rapide, pratiquée avec toute l'asepsie voulue.

VIII. — Le traitement, dans les six premiers mois, se résume dans la laparotomie et doit avoir en vue surtout de sauver la mère.

A partir du septième mois on s'efforcera de sauver mère et fœtus.

Enfin, aux approches du terme on pourra temporiser jusqu'à l'accouchement du fœtus intra-utérin; et cet accouchement sera suivi, à bref délai, d'une laparotomie qui permettra de recueillir le fœtus ectopique, s'il est à terme.

Vu :

Le Doyen,

M. DEBOVE.

Vu :

Le Président de la Thèse,

TILLAUX.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La bibliographie relative aux 78 premières observations se trouve annexée au tableau récapitulatif inclus dans notre thèse.

R.-W. AUTHONY. — Un cas de grossesse ectopique compliquant une grossesse normale. — *British Med. Journ.*, 2 janvier 1904.

G. BALFOUR-MARSHALL. — Cas de rupture de grossesse tubaire coexistant avec une grossesse gémellaire intra-utérine. — *Journ. of Obst. a. gyn. of Brit. Emp.*, 1904.

E.-F. BELAUSTEGNI. — Un caso de embarazo doble intrauterino y ectopico. — *Revist. Socied. Med. Arg.* ; Buenos-Ayres, 1900.

H. BICHAT. — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine combinée. — *Rev. de Gyn. et de Chirurg. abdom.*, Vol. III, N° 3, p. 411. — Paris, juin 1904.

BOYL. — Un cas de grossesse double intra-utérine et extra-utérine. — *British Med. Journ.*, octobre 1901.

F.-W. CANTWELL. — Simultaneous extra and intra-uterine pregnancies. — *New-York Med. Rec.*, avril 1901.

GEYL. — Grossesse extra-utérine et intra-utérine simultanées. — *Zentralbl. f. gyn.*, Leipz., 1903.

JAYLE et NANDROT. — De la grossesse tubaire bilatérale. — *Rev. de Gyn. et Chirurg. abdom.*, Paris, avril 1904, p. 195.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

- H. LARGER. — Les stigmates obstétricaux de dégénérescence. — Thèse de Paris, 1901.
- E. MEYER. — Deux cas de grossesse simultanément intra et extra-utérine. — *Zentralblatt f. gyn.*, Leipz., 1903.
- J.-B. MORRISON. — Interstitial or tubo-uterine gestation complicating uterine pregnancy. — *New-York Med. Journ.*, juin 1903.
- A. MOULONGUET. — Grossesse gémellaire intra et extra-utérine. — *Gazette Méd. de Picardie*, N° 6, juin 1902.
- J.-G. PACCALIN. — Contribution à l'étude clinique de la grossesse à la fois utérine et extra-utérine. — Thèse de Lyon, 1903.
- PERKINS. — Un cas de grossesse intra et extra-utérine simultanée. — *Boston Med. and surg. Journ.*, 1902. V. CXLVI, N° 12.
- PINARD. — Article « Grossesse », du Dictionnaire Encyclopédique.
- PONTOYNONT. — Rapport de Pothérat à la Société de chirurgie. — Paris, 26 mars 1901.
- W.-W. POTÉENKO. — Cas de grossesse tubaire et intra-utérine simultanée. — *Journ. Akush. i. Jensk-Boliezn.* — Saint-Pétersbourg, 1904.
- CH. REIFFERSCHIED. — Grossesse à la fois intra et extra-utérine. — *Zentralblatt für gynæk* ; Leipzig, 1903.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- A. RIVET. — Observation personnelle.
- SIMPSON. — Grossesse simultanément intra et extra-utérine. — *Am. Journ. of obst.*, mars 1904.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements. — Page 553 ; Paris, 1886.
- G. ZINKE. — Cas de grossesse intra-utérine et extra-utérine. — *Am. Journ. of obst.*, 1901.

TABLE

	Pages
Avant-Propos.....	1
Observation personnelle	5
Historique	9
Fréquence.....	13
Etiologie	17
Pathogénie	21
Anatomie pathologique.....	27
Diagnostic.....	29
Évolution et pronostic	37
Indications opératoires. — Traitement.....	45
Tableau récapitulatif.....	54
Observations	69
Conclusions	89
Index bibliographique.....	93

